

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství B3311

Studijní obor: Všeobecná sestra



Mariana Vrtišková

Ošetřovatelská péče a léčba bolesti

(Teorie a výzkum)

Medical care and treatment for pain

(Theory and research)

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Alice Strnadová, MBA

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14. 11. 2011

.....

Mariana Vrtišková

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Alici Strnadové, MBA za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za její ochotu, věnovaný čas a trpělivost.

Zároveň chci poděkovat všem sestrám, které se podílely na vyplňování dotazníků.

Identifikační záznam:

VRTIŠKOVÁ, Mariana. *Ošetrovateľská péče a léčba bolesti - teorie a výzkum. [Medical care and treatment for pain - theory and research]*. Praha, 2011. 81 stran, 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Strnadová, Alice.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá přístupem sester k ošetrovatelské péči o nemocné s bolestí na vybraných jednotkách intenzivní péče interních oddělení. Práce má dvě části, teoretickou a výzkumnou. První, teoretická část, popisuje problematiku bolesti, typologii, diagnostiku, hodnocení, léčbu, kompetence sester a etické přístupy k bolesti. Druhá, výzkumná část, je věnována vlastnímu výzkumnému šetření. Na základě získaných informací prostřednictvím dotazníkové metody, vyplněné sestrami, jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky, které by měly vést ke zkvalitnění a zlepšení ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí.

Klíčová slova: bolest, pacient, hodnocení, škály, sestra, léčba

ABSTRACT

This study presents problems of assessment and monitoring of pain. Among other things, the study took into consideration different aspects of nursing care in several intensive care internal units. It is divided into two parts. The first part (theoretical) concerns pain directly, e.g. typologies, diagnostics, assessment, treatment, nurse's role and ethical aspects. The second part (practical) concerns the methods of assessment and monitoring of pain, compares nurse's opinions and the level of their knowledge about aspects of pain. Information for analyses were drawn from the survey carried out amongst nurses. The results of this study will help to improve nursing care to patients in hospitals.

Key words: pain, patient, assessment, scale, nurse, therapy

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Historie léčby bolesti	12
1.2 Současnost v léčbě bolesti	14
2. Definice bolesti	16
2.1 Faktory ovlivňující vnímání bolesti	17
3. Klasifikace bolesti	18
3.1 Fyzická bolest	19
3.1.1 Akutní bolest	19
3.1.2 Chronická nenádorová bolest	20
3.1.3 Nádorová bolest	20
3.1.4 Procedurální bolest	20
3.2 Psychická bolest	21
3.2.1 Sociální bolest	21
3.2.2 Existencionální bolest	21
3.2.3 Spirituální bolest	22
4. Teorie bolesti	22
5. Diagnostika bolesti	23
5.1 Anamnéza bolesti	23
5.2 Hodnocení bolesti	24

5.3 Lokalizace bolesti	24
5.4 Intenzita bolesti	25
5.5 Časový aspekt bolesti	27
5.6 Kvalita bolesti	27
6. Léčebné přístupy k bolesti	28
6.1 Farmakoterapie	28
6.2 Nefarmakologická léčba	30
6.2.1 Invazivní metody	30
6.2.2 Fyzikální metody	31
6.2.3 Psychoterapie bolesti	32
7. Kompetence sester v hodnocení bolesti	34
8. Etické přístupy v léčbě bolesti	37
VÝZKUMNÁ ČÁST	40
9. Cíle výzkumného šetření a pracovní hypotézy	40
10. Metodika výzkumu	41
10.1 Charakteristika zkoumaného souboru	41
10.2 Metoda výzkumu	41
10.3 Organizace výzkumného šetření	41
10.4 Sběr a zpracování dat	42
11. Výsledky výzkumného šetření	43
12. Diskuse nad výsledky	67

13. Doporučení pro praxi	75
Závěr	76
Seznam použité literatury	78
Seznam zkratek	
Seznam příloh	

Úvod

Bolest, i v dnešní vyspělé době, stále představuje celosvětový problém, týkající se jak medicíny, tak ošetrovatelství. V každém z nás vytváří řadu nepříjemných pocitů, často provázených stavy spojených s úzkostí, bezradností a při dlouhotrvajících bolestech také depresi. Působí na nás zcela negativně a mnohdy nám dokáže změnit život od samých základů. Vnímání bolesti je ovlivňováno řadou faktorů, včetně toho, jak velký význam jedinec bolesti přikládá.

Z historických pramenů víme, že již v dávných dobách se naši předkové pokoušeli tlumit a léčit bolest. Dnes, v závislosti na prodlužování délky života, přibývá chronicky nemocných pacientů. Chronická onemocnění bývají často provázena bolestmi různého charakteru a intenzity. Proto je zapotřebí věnovat bolesti náležitou pozornost. Ze všech zdravotnických pracovníků se sestry setkávají s nemocnými s bolestí nejčastěji. Je proto velmi důležité, aby měly dostatek informací o dané problematice a dokázaly včas a adekvátně reagovat na jejich bolest. Ošetrovatelská péče představuje komplexní přístup k nemocnému a je zaměřená na aktivní uspokojování potřeb nemocného. Podstatou povolání každé z nás je pomáhat zmírnit nebo zcela odstranit utrpení nemocných. Sestra má nezastupitelné místo v ošetrovatelské péči o nemocného s bolestí a v procesu hodnocení a sledování bolesti představuje nenahraditelného spolupracovníka lékaře.

Téma „Ošetrovatelská péče a léčba bolesti“ jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala z důvodu apelu ke zdravotníkům a jejich zamyšlení se nad svým přístupem k nemocným s bolestí. Na základě vlastních zkušeností chci zdůraznit potřebu zabývat se ošetrovatelskou péčí a léčbou bolesti u nemocných, protože mnohdy jim způsobuje zbytečné utrpení. Pracuji jako sestra na jednotce intenzivní péče (JIP) interního oddělení ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze (FTNsP). S bolestí u nemocných se setkávám prakticky denně. Při své práci si uvědomuji, jak je důležité včas zareagovat, správně hodnotit a sledovat bolest, umět nemocným porozumět, pochopit je a zabezpečit jim tak co nejvyšší péči.

Práci jsme rozdělily na dvě části, teoretickou a výzkumnou. V první, teoretické části, jsme se věnovaly problematice bolesti, její historii, definici, typologii, kompetencím sester v hodnocení bolesti a léčebným a etickým přístupům k bolesti. Ve druhé, výzkumné části,

jsme hodnotily provedené výzkumné šetření na vybraných JIP interních oddělení zdravotnických zařízení. Hlavním cílem práce bylo zjistit přístup sester k ošetrovatelské péči o nemocné s bolestí. Hodnocení a sledování bolesti sestrou představuje neoddělitelnou součást ošetrovatelské péče. Moderní metody tlumení bolesti přinášejí efektivní zvládnutí tohoto nejčastějšího problému u naprosté většiny nemocných.

Na základě získaných dat z výzkumného šetření jsme sestavily doporučení pro ošetrovatelskou praxi, která budou podkladem k zajištění kvalitnější a bezpečnější ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí na JIP interních oddělení.

Teoretická část

Bolest je známá každému z nás. Je to stav těla nebo duše, kdy nás něco subjektivně bolí, něco pocítujeme jako nepříjemné. V ošetrovatelství představuje bolest ošetrovatelskou diagnózu, vyjadřující problém nemocného. (Vrba, 1998)

1. Historie léčby bolesti

V úvodní části své práce bych chtěla stručně přiblížit její historický vývoj, a to od nejstarších dob lidské existence.

V dávných dobách lidské společnosti můžeme pozorovat neustále se opakující pokusy o dosažení stavu bez bolesti, nebo alespoň její částečné odstranění či potlačení. První zmínky o její léčbě pocházejí již ze starověkých kultur. V dávných dobách byla spojována s posedlostí démony, zlými duchy nebo hněvem božstev. *Pain* je anglický výraz pro bolest a je odvozen od latinského slova *poena*, což v překladu znamená trest. Lidé věřili síle amuletů, věštám a kouzlům. Na usmíření bohů stavěli posvátné chrámy, kde kněží uskutečňovali rituální obřady. (Strouhalová, 1998) Kolem 25000 let př. n. l. se v západní Evropě poprvé setkáváme s projevy šamanizmu. Šamani byli lidoví léčitelé a znalci přírody, protože dokázali připravovat a léčit přírodními léky ve formě různých lektvarů. (Janáčková, 2007) Důkazy o léčbě bolesti se dochovaly např. na papyrech starého Egypta, kde léčitelství představovalo vysokou úroveň. Zvláštní technikou byla aplikace nilských ryb a tato metoda měla v té době obdobné účinky jako dnešní transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS). (Rokyta, 2006) Čínští léčitelé používali nejčastěji v léčbě akupunkturu. Věřilo se, že vpich jehly má přinutit démona opustit tělo a zbavit tak postiženého bolesti. (Zacharová, 2007) Nepostradatelné místo v léčbě bolesti patří nejslavnějšímu lékaři starověku Hippokratovi, který je nazýván také otcem medicíny. Léčbu bolesti označoval za božské dílo. Domníval se, že základ zdraví i vzniku nemoci tvoří čtyři šťávy - hlen, krev, černá a žlutá žluč. Zdraví je stav, kdy jsou tyto substance ve správném poměru. Nemoc vzniká při jejich nedostatku, či přebytku. Hippokrates se věnoval především popisu bolesti u nemocného a také jeho celkovému vzhledu. Bolest měla podle něho přímou souvislost s patologickými procesy v těle. Ve svém díle *Corpus Hippocraticum* popsal nejen přísahu, která je dodnes normou lékařské etiky, ale také vztahy mezi bolestí, teplem a chladem. Léčbě teplem přikládal Hippokrates velký význam.

Nejčastěji se uskutečňovala pomocí léčivých obkladů nebo horkými koupelemi. V jeho době bylo běžné užívání rostlin s narkotickými účinky např. konopí, mák, mandragora. (Strouhalová, 1999) Důležité postavení v historii léčby bolesti zaujímá starověký lékař a filozof Klaudios Galénos z Pergamu (dnešní Turecko), který bolesti přikládal podstatný význam. Stanovil různé druhy bolesti. V té době měl hodně poznatků o anatomii lidského těla, např. když se přetne nerv, ochrne sval, který k němu náleží, nebo že žíly vedou krev a ne vzduch, jak se v té době mylně lidé domnívali. Nejslavnější je jeho pouštění žílou, které přetrvalo v medicíně až do devatenáctého století. Jeho působení ovlivnilo lékařství na mnoho let. Velký vliv mělo rozhodně v léčbě také šíření křesťanství. Bolest byla připisována k ukřižování Krista, proto v rámci víry jí nebylo potřeba léčit, ale snášet a vytrpět. (Strouhalová, 1999) Některé z metod, které znali lidé již ve starověku, se používají dodnes. Patří k nim především aplikace fyzikálních metod, chladu a tepla. První písemné zmínky o nejúčinnějším léku, tlumícím bolest, pochází z 13. st. př. n. l. Jednalo se o výtažek z makovic - *opium*. (Strouhalová, 1998) Významným obdobím pro rozvoj léků proti bolestem je 2. polovina 20. století, kdy dochází nejen k širokému výzkumu a rozvoji analgetik, ale i k zakládání společností, zabývajících se studiem a léčbou bolesti. V roce 1961 založil americký anesteziolog John J. Bonica v Takomě ve státě Washington první multidisciplinární centrum pro léčbu bolesti na světě - „Pain Clinic“. V roce 1973 dochází v Seattlu v USA k založení Mezinárodní společnosti pro studium bolesti - IASP (International Association for the Study of Pain). Jedná se o sdružení odborníků na léčbu bolesti z celého světa. V České republice stojí v popředí léčby významný lékař Arnold Jirásek, zakladatel české neurochirurgie, který ve svém díle upozorňuje na bolest nejen jako na příznak nemoci, ale i jako na nemoc samotnou. Důležité místo patří také anesteziologovi Dimitriu Miloschewskému, který se v roce 1974 zasloužil o založení komise pro výzkum a léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace. Posléze, v roce 1977, je u nás otevřena první ambulance léčby bolesti, a to ve Fakultní nemocnici v Praze na Bulovce. Teprve v roce 1990 vzniká Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB), která se stala zároveň také členem České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Největší část členů tvoří lékaři - anesteziologové, zbylí členové jsou odborníci v oborech, které s problematikou léčby bolesti úzce souvisí. SSLB je spjato v kooperaci s odborníky v dalších zemích, a to v rámci IASP, tak rovněž v jeho evropské odnoži EFIC (European Federation of IASP Chapters).

Z iniciativy představenstva SSLB vznikl v roce 1992 „Metodický pokyn pro budování pracovišť léčby bolesti“, podle kterého se začali u nás rozvíjet pracoviště pro léčbu bolesti.

1.2 Současnost v léčbě bolesti

Po historickém přehledu nejdůležitějších období v léčbě bolesti v této části přiblížím současné pohledy a názory odborníků na její problematiku.

V roce 1990 publikovali americký neurochirurg J. Loeser s australským anesteziologem M. Cousinsem v Medical Journal of Australia konceptuální model, který obsahuje doposud nejlepší návod, jak přistupovat k nemocnému s bolestí. Model obsahuje 4 komponenty (nocicepci, bolest, utrpení a bolestivé chování), které umožňují u každého nemocného sestavit intervence, s konstatováním, že už byly všechny dostupné léčebné metody vyčerpány. Základem bolestivého vnímání je nocicepce - podráždění nociceptorů, tj. receptorů zprostředkujících vnímání bolesti způsobené např. zánětem. Zvláštním typem nenociceptorové bolesti je bolest fantómová. Dalším stupněm modelu je psychická reakce na bolest - utrpení. Intenzita bolesti je tvořená složkou senzorickou (smyslovou) a afektivní (emoční). Utrpení nemusí být způsobené pouze bolestí nemocného, ale může vycházet z negativizmu nemocného. Poslední stupeň modelu představuje bolestivé chování, které je maladaptací (porucha přizpůsobování) nemocného na bolest. Někteří odborníci považují za jediný objektivně klasifikovaný projev bolesti pláč, grimasy, kulhání, vzdychání, úlevové polohy atd. Chování nemocného bylo mezi bolestivé projevy zařazeno na základě Parsonsovy koncepce rolí, podle které každý jedinec vystupuje v řadě rolí. Z hlediska medicíny lze tady určit dvě role: role zdravého a role nemocného. U bolestivého chování je správná diagnóza a intervence největším problémem v léčbě chronické bolesti. (Trachtová, 2004)

V poslední době se výzkumem bolesti zabývá řada odborníků z přírodních věd a lékařství. Ve všech zdravotnických zařízeních se každodenně setkáváme s nemocnými s bolestí. Po roce 1992 se u nás začala rozvíjet algeziologická pracoviště (zabývající se léčbou bolesti), která můžeme rozdělit na 4 typy:

I. typ – *multidisciplinární centrum pro studium a léčbu bolesti*, bývá součástí fakultních nemocnic. Zabývá se diagnostikou, léčbou a výzkumem bolesti. Tým je

složen z lékařů nejméně tří odborností (anesteziolog, neurolog, psychiatr). Střední zdravotnický personál je v zastoupení sester, rehabilitačních a sociálních pracovníků.

II. typ – *oddělení pro léčbu bolestivých stavů*, které je podobné tomu předchozímu, ovšem s výjimkou výzkumné činnosti. Oba tyto typy mají ambulantní a lůžkovou část ve formě denního stacionáře.

III. typ – *poradna pro léčbu bolesti* je zaměřena hlavně na léčbu chronické bolesti, např. onkologickou bolest.

IV. typ – *poradna pro léčbu bolesti*, která je zaměřena na určitou metodu např. blokády, akupunktura. (Benešová, 2001)

V roce 2004 vznikl v České republice samostatný lékařský obor paliativní medicína a léčba bolesti. Taktéž v tomto roce byly vydány „Metodické pokyny pro farmakoterapii chronické bolesti“, které jsou pravidelně v dvouletém intervalu aktualizovány. Nekontrolovaná bolest způsobuje zbytečné utrpení, zpomaluje hojení a přispívá k rozvoji dalších komplikací. Názory na její léčbu se v průběhu historie formovaly pod vlivem tradic, ideologií, náboženství a dalších faktorů. I dnes, ve 21. století lze mezi zdravotnickými pracovníky zachytit mnoho nepodložených názorů, např. děti necítí bolest, nepodávání opiátů, protože na ně vzniká závislost apod. Odmítání opiátů je na prvním místě jak mezi zdravotníky, tak mezi laiky. Je označována jako opiofobie, tedy strach některých jedinců z léčby opiáty z důvodu vzniku závislosti na ně. Opioidy byly přitom pokládány za nebezpečné pouze do 1. poloviny 80. let. Největší problém v léčbě bolesti představuje bolest chronická. Dle Lejčka, lékaře z centra léčby bolesti ARK FN Plzeň, podle nejnovějších epidemiologických studií 10 - 30 % populace postihují chronické bolesti. Tento fenomén popisuje jako pandemii chronické bolesti, jako určitou daň za životní styl dnešní civilizace. Konstatuje, že i přes veškerá zjištění o bolesti, je celosvětově nedostatečně léčena. Doporučuje neustále zvyšovat povědomí o podstatě bolesti, jejím mechanismu, možnostech její léčby a o preventivních přístupech. (Kolektiv autorů, 2006)

V zemích západního světa je již dvě desetiletí k léčbě akutní bolesti určená skupina pod názvem APS (Akute Pain Service) a v některých státech se dokonce stala vyžadovanou součástí akreditačních kritérií. První specializované týmy pro léčbu akutní

bolesti u pacientů v nemocnici začaly působit od roku 1985, a to v USA a Německu. U nás, v ČR, s ním zdravotnická zařízení začínají pracovat teprve až v posledních letech. Cílem speciálního týmu je najít optimální způsob, jak konkrétního pacienta bolesti efektivně a bezpečně zbavit. Nemocní dostávají analgetika podle svých potřeb, tedy na míru. Projekt APS je postaven především na speciálně vyškolených sestrách. Základem je bolest u nemocného dobře diagnostikovat, správně vyhodnotit její intenzitu a charakter. Od lékaře mají pro své pacienty naordinována analgetika v rozmezí, ve kterém mohou samy rozhodovat podle momentální situace. Mají tedy vyšší kompetence. Pokud nemohou danou situaci vyřešit, spojují se s příslušným lékařem. Tyto sestry pro léčbu akutní bolesti mají také na starosti koordinaci celého týmu, mluví o problematice s lékaři, sestrami u lůžek i s pacienty. Ty jsou součástí týmu, mají tedy plné právo o sobě rozhodovat. U nás, v České republice, začala fungovat skupina APS jako první v Nemocnici na Homolce, a to již v roce 2009, následovala Nemocnice Svaté Anny v Brně, Nemocnice v Ústí nad Labem a v Liberci. Zavedení systému APS do dalších zdravotnických zařízení u nás se očekává v nejbližší době. (Di Cara, 2005)

2. Definice bolesti

V této části své práce bych chtěla uvést několik základních definic pro termín „bolest“. Stanovit tu správnou, zcela jednotnou a ucelenou, je velmi obtížné. Proto jich existuje několik. Já zde představím ty, které, podle mě, nejlépe vystihují podstatu bolesti.

Nejčastěji používanou definicí je ta, kterou přijala Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization):

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. ...Bolest je vždy subjektivní...“ (Janáčková 2007:8)

Další definice bolesti dle Sternbacha (1968) připouští její subjektivní povahu:

Bolest je složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením.“ (Soafer 1997:23)

Arnold Jirásek, významný český chirurg popisuje bolest takto:

„Bolest je nepříjemný pocit, vzbuzený zevním násilím nebo poruchou anatomicko-fyziologické struktury tkání a ústrojí. Její intenzitu a charakter určuje ráz podnětu, nervové zásobení příslušné oblasti, stav CNS a vrozená v tu chvíli vytvořená humorální „nálada“ postiženého.“ (Trachtová 2004:125)

Pro ošetřovatelství existuje definice podle McCaffery, který definuje bolest:

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.“ (Soafer 1997:23)

Podstatou této definice je ochota zdravotníků věřit pacientovi jeho bolest. Vždy se jedná o zcela individuální, subjektivní zkušenost každého jedince a jako taková musí být zdravotníky respektována. Bolest představuje problém, který ve většině případů vždy přivádí nemocného k lékaři. Upozorňuje na skutečnost, že v organismu není něco v pořádku. (Gulášová, 2008) Někteří nemocní se mylně domnívají, že je jejich bolest nevyléčitelná. Díky dnešní vyspělé medicíně a léčebným technikám máme možnost bolestivé příznaky odstranit či alespoň zmírnit. I přes tyto skutečnosti lidé trápí nesnesitelné bolesti, které se dají jenom stěží ovlivnit. Nedostatečně léčená bolest negativně ovlivňuje celý život nemocného. Musíme si uvědomit, že bolest a nemoc nemusí spolu souviset. (Soafer, 1997) Bolest může z člověka udělat citlivého jedince, pomoci mu přehodnotit život anebo ho může změnit na zanevřeného samotáře, který bolest nese jako velkou nespravedlivost. (Zacharová, 2007) Bolest se nedá objektivně změřit ani monitorovat přístroji. Hodnocení a léčba bolesti jsou velmi náročné jak pro lékaře, tak i pro sestru. (Gulášová, 2008)

2.1 Faktory ovlivňující vnímání bolesti

Do vnímání bolesti se zapojuje řada faktorů, a to jak vnějších, tak vnitřních. Každý z nás snáší bolest jinak. Tolerance bolesti záleží na různých okolnostech, obecně lze říci, že mezi faktory ovlivňující vnímání bolesti patří:

- *individuální práh bolesti každého jedince*
- *věk* – starší lidé mají vyšší práh bolesti, lépe bolest snášejí
- *denní rytmus* – jiná je bolest ráno a jiná večer (ráno je vyšší práh bolesti než večer)

- *nemoc* – u chronicky nemocných je práh bolesti nižší
- *pohlaví* – muži mají vyšší práh bolesti než ženy
- *emocionální stav* – úzkost a strach snižují práh bolesti
- *zátěž* – pokud člověk podá fyzický výkon, zvýší se práh bolesti
- *etnografické vlivy* – u některých národů je vyšší práh bolesti (např. Šerpové v Nepálu-horští vůdci, nosiči ve vysokohorských podmínkách)
- *sociální posilování* – vnějším ovlivňováním může dojít ke zvýšení tolerance bolesti (Vrba, 1998)

Dle Janáčkové rozdíly v toleranci mezi pohlavími neznáme, ale společensky se očekává, že muži budou snášet bolesti lépe než ženy. (Janáčková, 2007) V zahraniční literatuře se uvádí existence jasných rozdílů v toleranci bolesti mezi pohlavími s tím, že muži mají vyšší toleranci vůči bolesti než ženy na různé bolestivé podněty. (Nayak, 2005) Každá lidská společnost má svoji kulturu a také z ní vycházející pohledy na bolest, reakce na ni, což zahrnuje i to, kdy a jak si jedinec požádá o léčbu. (Narayan, 2002) V židovské a křesťanské etice může být bolest považovaná za trest pro hříchy. V některých kulturách si ji lidé sami navozují a vyjadřují tím smutek. U jiných je součástí rituálů, protože tolerance zvyšuje vytrvalost a sílu. Někteří jedinci chtějí být s ní osamoceni, jiní potřebují porozumění a oporu blízkých. (Vrba, 1998) Obecně platí, že klidné a nenarušené vztahy vedou k jejímu lepšímu zvládnutí. (Janáčková, 2007) Všechny tyto faktory v konečném důsledku ovlivňují bolest u nemocného, který ji buď nevnímá, vnímá málo, nebo naopak intenzivně. (Gulášová, 2008)

3. Klasifikace bolesti

Pro tuto klasifikaci jsem se rozhodla proto, abych co nejvýstižněji popsala všechny druhy bolesti, se kterými se může setkat sestra, pracující na JIP interních odděleních. Klasifikovat bolest lze z různých pohledů. Já jsem zvolila rozdělení na *fyzickou a psychickou*. Do skupiny *fyzické bolesti* řadíme bolest *akutní, chronickou, procedurální a nádorovou*, součástí které je bolest *průlomová*. *Akutní a chronická bolest* se podle původu dělí na bolest *nociceptivní*, která vzniká stimulací nervových zakončení na receptorech bolesti –

nociceptorech. Patří k ní bolest *somatická a viscerální*. *Somatická bolest* vychází z oblastí zásobené míšními nebo hlavovými nervy např. kůže, obličej. Je ostrá, přesně lokalizovaná. *Viscerální bolest* má zdroj v útrokách, je tupá, nepřesně lokalizovaná, nelze spolehlivě určit, který orgán je postižen. A na *neuropatickou*, která je způsobená postižením nervového systému, a to buď periferního, nebo centrálního. (Rokyta, 2006) Zvláštní skupinu představuje bolest *psychická*, která je v literatuře méně popisovaná než bolest fyzická, ale ve světě psychologie zastává jednoznačně první místa. (Nováková, 2005)

3.1 Fyzická bolest

Fyzická bolest nejčastěji vzniká při úrazu nebo při potenciálním poškození tkáně. Někdy nemusí být jenom doprovodným signálem poruchy nebo poškození, ale může se stát samostatným onemocněním, vyžadujícím léčbu. K fyzické bolesti je potřeba přistupovat vždy podle typu a následně tomu přizpůsobit terapii. (Soafer, 1997)

3.1.1 Akutní bolest

Akutní bolest vzniká nejčastěji na základě poškození tkáně zejména úrazem, nebo počínajícím zánětem. Má ochranný charakter, náhlý nástup a obvykle trvá kratší dobu. Většinou je dobře lokalizovaná. Může být různé intenzity a časové délky, ale netrvá déle než 3 - 6 měsíců. (Janáčková, 2007) Akutní bolest způsobí, že sympatická část autonomního nervového systému (ANS) uvolní epinefrin (adrenalin) a další katecholaminy v rámci stresové odpovědi organismu fight or flight – boj nebo útěk (zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulzu, dechu, zvýšené pocení, nauzea). U většiny nemocných bývá doprovázena negativními emočními projevy, hlavně úzkostí, strachem a hněvem. Může být stálá (popáleniny), intermitentní (při namožení svalu, který bolí pouze při aktivitě), nebo obě dohromady (při incizi na stěně břišní je bolest při klidu malá, ovšem při pohybu či kašli vysoká). (Kolektiv autorů, 2006) Při nedostatečné léčbě může přejít v bolest chronickou. Tento druh představují především bolesti kolikovitě, poúrazové a pooperační. Nejvíce pacientů s akutní bolestí se vyskytuje na pohotovostech, úrazových odděleních a na jednotkách intenzivní péče. (Gulášová, 2008)

3.1.2 Chronická nenádorová bolest

Pro chronickou nenádorovou bolest (CHNNB) je charakteristické, že příčina bolesti je neznámá, nebo se nedá zcela odstranit. Stává se tak sama o sobě onemocněním. Trvá 3 - 6 měsíců a déle, chybí varovný signál. Lokalizace je horší, intenzita spíše hodně vysoká. Chronická bolest negativně narušuje život jedince, snižuje kvalitu jeho života. Není způsobena rakovinou. Může trvat po celý život nemocného. (Kolektiv autorů, 2006) Je provázena poruchami spánku a psychickými příznaky jako jsou deprese, beznaděj. Nemocný je celkově frustrován. Z jeho chování lze často vyčíst, že trpí a že mu nikdo nevěří. (Vrba, 1998) Nejznámějším typem chronické bolesti je bolest neuropatická, která je často popisována jako pálivá, píchavá nebo vystřelující. Jedná se o matoucí typ chronické bolesti, vyvolané nervy. Často je bez zjevné příčiny a špatně reaguje na standardní léčbu. Příkladem tohoto druhu je syndrom fantómové bolesti, který se objevuje po amputaci paže nebo nohy. Mozek pořád dostává zprávy o bolesti z nervů, které původně vedly impulzy z končetiny. Nervy selhávají a způsobují bolest. (Kolektiv autorů, 2006) Dle Trachtové se mezi nejčastější chronické bolesti dále řadí bolesti pohybového aparátu, hlavy, nádorové bolesti a bolesti při traumatech. (Trachtová, 2004)

3.1.3 Nádorová bolest

Nádorová bolest je komplexní problém. Může být výsledkem vlastní nemoci, tedy nádorového procesu, nebo může být způsobena léčbou. (Kolektiv autorů, 2006) Bolestivé stavy, které jsou vyvolané protinádorovou léčbou, mají charakter akutní bolesti. Po zhojení takto poškozených tkání bolest většinou ustupuje. Horší je situace u bolestí vyvolaných přímo vznikem nádoru. Ty jsou pak zcela závislé na jeho vývoji a růstu. Tento typ může trvat měsíce nebo roky a mění se tak na bolest chronickou. Nádorová bolest může být rozdílné intenzity. Až 70 - 90 % onkologicky nemocných pociťuje bolesti. (Křivohlavý, 1992) Epizody vzplanutí bolesti, která jsou jinak pod kontrolou, nazýváme *bolesti průlomové*. (Rokyta, 2006)

3.1.4 Procedurální bolest

Procedurální bolest je možné definovat jako bolest, která je způsobena terapeutickými a diagnostickými výkony. Patří sem především biologické odběry krve, dále zavádění

invazivních vstupů jako jsou periferní a centrální žilní katétry, převazy ran, dekubitů apod. Bolest je krátkodobého charakteru a přichází po předchozí edukaci ze strany zdravotníků. Nejčastěji s ní přicházejí do styku pacienti hospitalizovaní ve zdravotnických zařízeních, ale můžou se s ní setkat i nemocní, navštěvující ambulantní péči. (Nováková, 2005)

3.2 Psychická bolest

Projevy psychické bolesti jsou těžce rozpoznatelné. Jde o bolest duše. Tato bolest se nedá léčit analgetiky, pomocnou ruku zde mohou poskytnout psychofarmaka. Většinou doprovází závažná chronická onemocnění, kdy člověk cítí bolest, přestože všechna provedená vyšetření jsou negativní.

3.2.1 Sociální bolest

Při ošetřování nemocného s bolestí musíme mít na paměti, že jeho emoční stabilita je ovlivněna uspokojováním základních potřeb, mezi které patří i potřeby sociální. Nemocný bývá často právě v důsledku nemoci nejvíce omezován v množství dosavadních činností - styku s přáteli, s rodinou, sportování, cestování, omezení v jídle apod. V dnešní moderní době, plné pokroku a rozvoje medicíny, může i nadstandardní pokoj způsobit silnou sociální izolaci a v nemocném vyvolat sociální bolest. (Zacharová, 2007)

3.2.2 Existencionální bolest

Základem lidského bytí je lidská osobnost. Každý je nějaký, má své vlastnosti, chování, projevy, ale také prožívání, tedy jak vnímá svět a sám sebe. V tomto se člověk projevuje jako jednota. Osobnost každého z nás je odlišná od těch ostatních a v tom spočívá jedinečnost každého jedince. Člověk má své základní potřeby, především potřebu zůstat sám sebou. Pro zdravotníky to znamená, že každého pacienta s bolestí musí brát jako jedinečnou osobnost a také k němu tak přistupovat. (Marková, 2010) Existencionální bolest, tedy strach z ohrožení vlastní existence, mohou pociťovat nemocní, mající závažná onemocnění, kdy dochází k ohrožení jejich vlastní existence, vlastního bytí. (Zacharová, 2007)

3.2.3 Spirituální bolest

Nemocní, mající nesnesitelné bolesti, často nenachází smysl života, uzavírají se sami do sebe, protože těžká nemoc mění jejich pohled na život. Spirituální bolest patří do speciální kategorie, kdy nemocný přehodnocuje celý svůj život. Mnoho lidí se až v době beznadějí, způsobené závažnou nemocí, obrací na víru. Víra má nemocného posílit duchovně, potěšit ho a navrátit mu naději na uzdravení. Problémy a tedy i spirituální bolest se objeví ve chvíli, kdy nemocný pociťuje nejistotu ve víře a své utrpení připisuje situaci, že ho Bůh opustil. (Marková, 2010)

4. Teorie bolesti

O bolesti byla napsána již řada odborných publikací a knih, které obsahují dosavadní poznatky z této oblasti, ovšem i dnes existuje mnoho otázek, na které neznáme odpověď. Teorie nemusí být vždy sama o sobě přesvědčivá, musí být proto neustále srovnávána s důležitými, skutečností podloženými, fakty. Ty pokud teorii podpoří, je následně potvrzena. V opačném případě dochází k jejímu vyvrácení a tím pádem také k zamítnutí. Každá teorie přináší nové, cenné podklady k této celosvětové problematice. Po celá staletí se vědci snažili pochopit bolest. Kanadský psycholog R. Melzack se věnoval některým druhům teorie bolesti, vyvinutým v minulém století. Podle něj je důležitá „*teorie specifity*“. (Melzack, 1978) Jako první ji popsal v 17. stol. filozof René Descartes, který zjistil, že informace z periferních kožních receptorů jsou přenášeny do mozku, kde se nachází centrum bolesti. Svoji teorii bolesti přirovnává k mechanismu kostelních zvonů: „...*jako bychom za jeden konec provazu tahali a tak v momentu tom rozezvučeli zvon na druhém konci visící.*“ (Rokyta 2006:17) Další je *teorie kódů*, která obsahuje především teorii periferního kódování, centrální teorii sumace a senzorickou interakční teorii. Nejvýznamnější teorií mechanismu bolesti je nejznámější „*vrátková teorie bolesti*“, kterou v roce 1965 popsali Melzack a fyziolog Wall. Jejich teorie se považuje za nejcennější podklad k objasnění podstaty bolesti. Podle ní jsou impulzy bolesti vedené nervovými vlákny periferie do míchy. Příčinou jsou synapse uložené v zadních rožích míchy, působící jako „*vrátka*“, která se zavírají a otevírají a tím zabraňují nebo umožňují přenesení impulsu do mozku. (Gulášová, 2008) Tato teorie byla základním motivem

výzkumu bolesti a stala se zároveň také inspirací pro mnoho vědců, kteří zvýšili svůj zájem věnovat se tomuto problému. (Rokyta, 2006)

5. Diagnostika bolesti

Diagnostikovat bolest je velmi obtížné, protože se nedá změřit a je možné ji stanovit pouze na základě spolupráce s pacientem. Protože se jedná o zcela subjektivní záležitost, může nám ji nejlépe popsat jedině sám pacient. (Janáčková, 2007) Mimořádně významnou roli při diagnostice sehrává sociální komunikace. (Křivohlavý, 1992) Bolest nám nemocný může sdělit verbálně – slovy, nebo neverbálně – mimikou. Výrazem obličeje, tedy mimikou, vyjadřujeme své pocity, emoce, strach, smutek, překvapení atd. Pokud člověka něco bolí, snaží se bolestivé místo šetřit (např. opatrně se posazuje nebo zvedá) To, že má nemocný bolest můžeme poznat právě z vyhledávání úlevové nebo celkové změny polohy. Hlavními diagnostickými metodami, které se používají u nemocných s bolestí, jsou anamnéza a hodnocení bolesti. (Janáčková, 2007)

5.1 Anamnéza bolesti

Základem každého vyšetření pacienta s bolestí v algeziologii je pečlivě odebraná anamnéza. Anamnézu sestavujeme na základě cíleně kladených otázek pacientovi, nejčastěji formou rozhovoru, pro který si vždy uděláme dostatek času. Informace můžeme také získat od rodinných příslušníků nemocného, známých, spolupacientů. (Křivohlavý, 1992) Mezi získané údaje patří intenzita, lokalizace, kvalita a typ bolest, časový průběh, faktory ovlivňující bolest (utišující nebo vyvolávající) a osobní zkušenost pacienta s bolestí. Velkou pozornost soustředíme na zjišťování farmakologické anamnézy, která nám přináší informace o účinnosti jednotlivých analgetik, která nemocný doposud užíval. Důležitou úlohu sehrávají především komunikační, psychické a sociální dovednosti sestry, empatie, umět otázky ne jenom pokládat, ale také na ně umět odpovídat. Dané otázky se vždy přizpůsobují konkrétnímu pacientovi (např. jiné klademe pacientovi po operaci, jiné po úraze). Při komunikaci s nemocným musíme mít na paměti existenci tzv. komunikačních bariér, které mu mohou bránit popsat jeho bolest. (Gulášová, 2008) Základní otázky, které nemocnému pokládáme, jsou:

1. *Kde to bolí (otázka na lokalizaci bolesti)*

2. *Jak moc to bolí (otázka na zjištění intenzity bolesti)*
 3. *Kdy to bolí (otázka týkající se časového průběhu bolesti)*
 4. *Jak to bolí (otázka zjišťující kvalitu bolesti)*
 5. *Kdy se bolest zesiluje a kdy zeslabuje (otázka týkající se ovlivnitelnosti bolesti)*
- (Křivohlavý, 1992)

5.2 Hodnocení bolesti

Proces hodnocení bolesti vyžaduje aktivní úsilí ze strany sestry. Musí umět rozpoznat příznaky bolesti a posoudit intenzitu bolesti tak, aby mohla pacientovi poskytnout vhodnou úlevu. Někdy i velmi zkušené sestry podcení závažnost pacientových bolestí. Proč se tomu tak děje je skutečnost, že sestry i pacienti mají odlišné názory a každý z nich posuzuje hodnotu bolesti jinak. Sestra bolest hodnotí na základě objektivních znaků nebo na základě sdělených informací nemocným. Někteří pacienti se dokážou bolesti přizpůsobit a potlačit příznaky utrpení, jiní se za ni stydí. Důležité je, aby sestry bolest pacientům věřily, protože tím mohou zabránit jejich zbytečnému utrpení. (Soafer, 1997) Ne všichni pacienti jsou schopni správně popsat vlastní bolest slovy. Nemocní, kteří nejsou schopni komunikovat se zdravotníky, potřebují speciální přístup k hodnocení intenzity bolesti. Především se jedná o malé děti, seniory a nemocné s poruchami komunikace např. pacienty na UPV (umělá plicní ventilace). U těchto nemocných se snažíme o zjištění bolesti z nonverbálních projevů, ke kterým patří paralingvistické projevy (pláč), mimické projevy (grimasy), pohyby končetin (ucuknutí), aktivita autonomního nervového systému (zrudnutí v obličeji). Zdravotníci, jak se ukazuje, věří spíše těmto nonverbálním projevům bolesti nemocného, než verbálním. (Strouhalová, 1999)

5.3 Lokalizace bolesti

Lokalizací neboli topologií bolesti rozumíme místa, kde se projevuje nebo odkud vyzařuje. Ta se může vyskytovat kdekoli na těle. Lokalizaci bolesti pacienta je potřeba věnovat velkou pozornost již při klinickém vyšetření. (Křivohlavý, 1992) Pacient na dotaz odpovídá buď *slovně*, nebo *ukáže na bolestivé místo*. Další možností může být *dotazníková metoda* pomocí jednoduchého dotazníku. Třetím krokem k zjištění lokalizace bolesti

je *mapa bolesti*, která představuje nejpřesnější formu sdělení lokalizace bolesti (viz příloha B). Tuto mapu tvoří obraz lidského těla zepředu, z jednoho i druhého boku a zezadu, nebo jenom části těla. Nemocný na mapě barevnými tužkami označuje bolestivá místa a jejich vyzařování do okolí. Autorem této mapy je M. S. Margolese (1983). *Červená barva představuje palčivou bolest, modrá bolest obecně, žlutá zase tupou, bodavou nebo řezavou a nakonec zelená, která označuje svíravou nebo křečovitou bolest.* (Janáčková, 2007) U dětí je určování lokalizace bolesti velice obtížné. Důležitá je spolupráce s rodiči a pozorování dítěte, čímž ji můžeme následně lokalizovat. (Gulášová, 2008)

5.4 Intenzita bolesti

Zjišťování intenzity bolesti patří mezi nejdůležitější kroky v diagnostice bolesti. Má subjektivní charakter a její intenzita se mění v průběhu nemoci. (Křivohlavý, 1992) Pro zjištění intenzity bolesti existuje několik metod na její měření, které jsou děleny do dvou skupin, a to na *jednoduché a vícerozměrné*. Sestra musí vždy pacienta o dané metodě edukovat tak, aby hodnotící škále bolesti zcela porozuměl (viz příloha C). (Rokyta, 2006)

Mezi *jednoduché hodnotící škály* patří:

Vizuální analogová hodnotící škála bolesti – VAS (Visual Analogue Scale) je ve světě nejčastěji používanou měřicí metodou pro intenzitu bolesti. K této metodě se používá úsečka horizontální, vertikální nebo ve formě trojúhelníků. Levá strana představuje žádnou nebo nulovou bolest, pravá strana stav nejsilnější bolesti. Pacienti podle intenzity bolesti, kterou pociťují, udělají křížek na dané úsečce. Vzdálenost mezi začátkem úsečky a označeným křížkem na úsečce se pak změří a v centimetrech vyjadřuje číselnou hodnotu intenzity bolesti. Její nevýhoda je, že řeší pouze intenzitu, a proto v hodnocení bolesti představuje velmi malé informace. Tento druh měřicí škály se často používá v nemocnicích, v ambulancích praktických lékařů a ve výzkumných šetřeních. (Křivohlavý, 1992)

V běžné praxi se také setkáváme s tzv. *teploměry bolesti*, které v podstatě fungují na stejném principu jako měřicí škála VAS. Pro hodnocení intenzity bolesti u dětí

se používá vizuální analogová škála, která obsahuje řadu obličejů s mimikou od úsměvu po pláč. (Janáčková, 2007)

Verbální hodnoticí škála bolesti – slovní hodnocení intenzity bolesti je nejčastějším způsobem sdělení. Může být také jediným možným, ale nemusí být úplně přesné z důvodu nedostatečné slovní výbavy nemocného. Možnosti verbální škály: 0 - žádná, 1 - nepatrná, 2 - mírná, 3 - střední, 4 - strašná, 5 - nesnesitelná bolest.

Numerická hodnoticí škála bolesti – někdy označována také jako Melzackova škála pro hodnocení bolesti. Pacient přiřadí intenzitě bolesti číslo v rozmezí 0 - 10. Může být ve formě úsečky horizontální, vertikální nebo může být daná stupnice barevná, která je vhodná pro osoby s demencí.

Obličejová hodnoticí škála – nejčastěji využívaná u dětí, ale také u lidí se zhoršenou schopností řeči. Obsahuje šest obličejů, od úsměvu po utrpení. Pacient dle toho, jakou bolest má, ukáže pouze na daný obličej. (Rokyta, 2006)

Srovnávací tourniketová metoda měření intenzity bolesti – tzv. ischemická metoda měření intenzity bolesti. Tento typ představuje postup jako při měření tlaku krve. Pacientovi se navlékne gumová manžeta v nadloktí, ta se pak nafoukne a pacient pravidelně otevírá a zavírá pěst. Těmito pohyby je vyvolávána bolest, která je na začátku mírná a postupně narůstá. Pacient uvede, až vyvolaná bolest v ruce dosáhne stejné intenzity, jaká je ta jeho. Autorem této metody je D. Lewis.

Vyjádřování intenzity bolesti „v dolech“ – tato metoda měření intenzity bolesti „v dolech“ je sice nejpřesnější, ale v praxi velmi málo používaná. Postup je podobný jako při měření s turniketem. Tento termín pochází z latinského slova „dolor“, což znamená v překladu bolest. Bolest pacienta se pak uvádí v dolech, tedy ve změřených stupních bolesti. Tato metoda se používá např. ve výzkumu analgetických účinků rozdílných léků. (Janáčková, 2007)

Pro hodnocení bolesti *vícerozměrně*, nám slouží dotazníky, které poskytují komplexnější náhled, jsou však časově náročné. Hodně využívané jsou na specializovaných pracovištích pro léčbu bolesti.

Při hodnocení nádorové bolesti se ve světě ve velké míře používá dotazník *BPI – Brief Pain Inventory*. Zaznamenává bolest pacienta za posledních 24 hodin. Původně byl dotazník vytvořen pouze v angličtině, později byl validován v dalších světových jazycích. Validace BPI v českém jazyce v dnešní době probíhá.

Ke sledování a hodnocení nenádorové chronické bolesti je ve světě často používán *McGillův dotazník bolesti (McGill Pain Questionnaire – MGPQ 1987)*. Je zpracován také v české verzi Opavským a spol. Hodnocení intenzity bolesti na základě údajů sdělených pacientem předpokládá, že pacient je kognitivně v dobré stavu. Proto některé hodnotící systémy obsahují současně hodnocení Mini Mental State Examination, tedy jednoduchý test, hodnotící kognitivní schopnosti nemocného. (Rokyta, 2006)

5.5 Časový aspekt bolesti

Bolest může mít různou dobu trvání. Může být krátkodobá, trvat dny či týdny, ale také dlouhodobá a trvat několik měsíců až let. Proto je důležité sledovat její časový průběh. Od nemocného zjišťujeme údaje: od kdy to bolí, jak často to bolí, jak dlouho bolesti trvají, jestli jsou přerušované, či nikoliv. U pacientů, kteří se na lékaře obrací často se žádostí o pomoc, je vhodné použít záznam bolesti. Časový průběh je zaznamenáván do grafu, kdy na jedné ose je zapisována intenzita bolesti a na druhé ose průběh času (dny, týdny, měsíce, roky). Tento záznam hodnocení časového průběhu bolesti je důležitý především z důvodu sledování analgetického účinku aplikovaných léků. Do grafů se zaznamenávají také mimořádné události, které nastaly u daného nemocného a mohly by mít vliv na intenzitu bolesti. Při záznamu intenzity bolesti v časovém sledu je důležitá citlivost pacienta, kterou při následném vyhodnocování záznamu je potřeba brát v úvahu.

5.6 Kvalita bolesti

V běžné praxi se setkáváme nejenom s rozličnou intenzitou bolesti pacienta, ale také s její odlišnou kvalitou, tedy s mnoha odlišnými pocity pacientů. Kvalita bolesti má diagnostickou cenu. Prvním, kdo se ji v roce 1939 pokusil roztřídit, byl Dallenbach. Rozlišil 5 kategorií kvality bolesti: prostorová a časová charakteristika bolesti, pocity tlaku, afektivní zabarvení bolesti a kvantitativní údaje o bolesti. Každou z těchto kategorií dále třídil. Používal celkem 44 údajů (deskriptorů bolesti). Na jeho odbornou práci

navázali Melzack a Torgerson, kterých výzkumné studie vedli k vytvoření ve světě nejpoužívanějšího dotazníku McGill Pain Questionnaire – MGPQ. Název pojmenoval dle kanadské univerzity, na které Ronald Melzack působil. Ve spolupráci s Torgersonem rozdělil kvalitu bolesti do tří skupin: slova popisující afektivní stránku bolesti, slova popisující senzorickou stránku bolesti a slova, která hodnotí bolest jenom z pohledu její kvality. (Křivohlavý, 1992)

6. Léčebné přístupy k bolesti

Bolest je komplexní prožitek a je ovlivňován řadou faktorů. Léčba se liší podle typu bolesti a citlivosti samotného jedince. Její léčbu si řídíme dle vlastních zkušeností nebo pomocí některých z prostředků, o kterých víme, že nám již v minulosti pomohly. Nejčastěji se lidé ihned při bolesti upínají k jejímu farmakologickému ovlivnění. Málo jsou v praxi využívány alternativní způsoby ovlivnění bolesti (např. rehabilitace, psychoterapie, fyzikální metody). Podle pokynů dle WHO (Světová zdravotnická organizace) je v léčbě chronických bolestí kladen důraz na léčebnou strategii multidisciplinárního přístupu, tedy jedná se o kombinaci farmakoterapie a dalších metod. V dnešní době moderní medicíny přináší každý den stále lepší pokroky v léčbě bolesti. Výzkumná sféra poskytuje trhu novější modernější postupy a analgetika. Cílem každé léčby bolesti je především její celkové odstranění, nebo alespoň potlačení a dosažení tak zvýšení kvality života nemocného např. zabezpečením klidného spánku. Terapie bolesti se dělí na farmakologickou a nefarmakologickou.

6.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie bolesti je v plné kompetenci lékařů. Lépe se uplatňuje u akutní bolesti. Cílem je dosáhnout stavu bez bolesti při současné léčbě základního onemocnění. Při farmakologické léčbě je důležité respektovat intervaly podání léků a účinné dávky. Upřednostňuje se podávání léků v pravidelných časových intervalech, ne až při vzniku bolesti. Farmakoterapie bolesti se řídí od roku 1986 použitím zavedeného třístupňového žebříčku aplikace analgetik podle WHO, který byl nejdříve sestaven pro chronickou onkologickou bolest, následně byl však určen také pro bolesti neonkologické:

1. stupeň: podávání neopioidních analgetik ± adjuvantní léky - koanalgetika (mírná bolest).

2. stupeň: aplikace slabých opioidů ± neopioidní analgetika ± adjuvantní farmaka (středně silná bolest).

3. stupeň: podávání silných opioidů (např. morfin) ± neopioidní analgetika, adjuvantní farmaka (silná bolest).

Žebříček WHO byl koncipován pro terapii chronické nádorové bolesti, kde je postup „zdola nahoru“, tedy od slabých analgetik k silnějším. Naopak u akutní bolesti se uplatňuje postup „shora dolů“, tedy se volí raději silnější a rychleji působící farmaka. Pro léčbu akutní bolesti existuje tzv. oxfordská liga analgetik, sestavovaná na základě výsledků klinických studií, kde u akutní bolesti nejvyšší pravděpodobnost analgetického účinku mají nejen silné opioidy jako morfin, ale i nesteroidní antiflogistika/antirevmatika (např. ibuprofen, diklofenak) a kombinace paracetamolu s opioidy podané ve vysokých dávkách. (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008)

Rozdělení nejčastěji používaných analgetik:

1. *neopioidní analgetika* – mají analgetický, antipyretický a protizánětlivý účinek. K nejznámějším z této kategorie patří paracetamol.

2. *nesteroidní antirevmatika (NSA)* – stejné účinky jako neopioidní analgetika, ovšem při dlouhodobém užívání vznikají různé komplikace např. koagulopatie (porucha srážlivosti krve).

3. *opioidy* – rozlišujeme slabé a silné, např. tramadol, morfin, dolsin, fentanyl.

4. *adjuvantní analgetika* – doplňují základní léčbu analgetik a tím zvyšují jejich účinek. Patří sem např. kortikosteroidy, antidepressiva. (Kozák, 1998)

Způsob aplikace analgetik je závislý na typu bolesti. Při silných bolestech se nejčastěji doporučuje intravenózní (nitrožilní) nebo subkutánní (podkožní) podání. Intravenózní podání může být ve formě kontinuálního podání nebo aplikaci dávky v časových intervalech. Tento způsob aplikace poskytuje rychlý nástup účinku léků. Naopak nejméně

vhodná je aplikace intramuskulárně (nitrosvalově) hlavně kvůli jejich nepředvídatelné absorpci, bolestivosti, poranění tkáně (abscesy – hnisavý váček). (Di Cara, 2005) U chronické bolesti se upřednostňuje podání perorální (podávání ústy), ve formě čípků – hlavně pokud nemocný nemůže polykat, kapek, inhalací, nebo velice komfortních transdermálních (působící přes kůži) náplastí. Nejčastější nežádoucí účinky opioidů jsou především zvracení, zácpa a celkový útlum. (Rokyta, 2006)

6.2 Nefarmakologická terapie

K nefarmakologické terapii řadíme invazivní metody, fyzikální léčbu a psychoterapii.

6.2.1 Invazivní metody

K nejčastěji prováděným invazivním metodám v léčbě bolesti patří *epidurální anestezie*. Samotný výkon provádí lékař, nejčastěji anesteziolog. Jedná se o epidurální znecitlivění na základě krátkodobého přerušení vedení nervových vzruchů, vyvolané aplikací léčebných látek do epidurálního prostoru. Použití této metody je velmi účinné jak v léčbě akutní, tak i chronické bolesti. V poslední době se hodně rozmohla v oblasti porodnictví. (Žambochová, 2005) Dalšími metodami jsou *blokády*, které můžeme rozdělit podle cílové struktury a rozsahu na lokální blokády a obstrukce, spinální blokády, blokády mozkových nervů a vegetativních ganglií. Nejmodernějším přístupem v léčbě chronické bolesti je neuromodulační léčba, za kterou se považuje každá léčebná technika, která využívá aplikace účinné látky přímo k nervovým strukturám např. pacientem řízená analgezie – PCA. Jedná se o speciální infuzní pumpu, která dodává analgetikum nemocnému intravenózně. Ten si ovladačem při bolesti aplikuje dávku léku. Aby nedošlo k možnosti předávkování, je pumpa proti tomu zabezpečena. (Di Cara, 2005) Další metodou jsou *subarachnoidální* (prostor pod pavučnicí – arachnoideou) *blokády*, nejčastěji u bolesti onkologické nebo při bolesti po neúspěšných operacích zad. Výhodou jsou mnohem menší dávky podávaného opioidu jako např. při jeho subkutánní aplikaci. *Infiltrace spouštěcího bodu (trigger point)* – u pacientů v hypertonickém svalu nacházíme tzv. spouštěcí body, kam se aplikuje malé množství analgetika. Místo analgetika lze na body přiložit led, či použít kryosprej. Jedním z nových postupů v léčbě chronické bolesti je radiofrekvenční léčba využívající působení střídavého elektrického pole o vysoké frekvenci na nervovou tkáň. (Hakl, 2009)

6.2.2 Fyzikální metody

V léčbě bolesti zaujímají významné místo rehabilitační postupy. Musí být uplatňovány v rámci bio-psycho-sociálního modelu nemoci. Rehabilitace (z latinského slova *habilis* = schopný, *re* = předpona vyjadřující opakování děje) vyjadřuje novou filozofii medicíny, kterou v roce 1949 definoval Howard A. Rusk odpovědnost každého lékaře nedopustit zhoršování výkonnosti nemocných a zabránit tak prohlubování jejich závislosti na okolí. Dle WHO je to soubor opatření směřujících k optimální resocializaci jedince postiženého nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou. Obor se zaměřil především na obnovu porušených funkcí a inkorporoval do svých postupů hlavně nefarmakologické postupy klasického lékařského oboru fyziatrie (z řečtiny *physis* = příroda), využívající k léčbě přírodní podněty a energie. Výsledný název je tedy rehabilitační a fyzikální medicína (RFM). Významnou součástí RFM je balneologie (nauka o lázeňství), myoskeletální (manuální) medicína, praktické uplatnění zde nalézají také alternativní postupy jako akupunktura a lokální terapeutické anestezie (obstříky). (Neradilek, 2007) Fyzikální metody využívají přírodních možností jako je energie světelná, tepelná, zvuková, mechanická a elektrická. Jednou z nejrozšířenějších fyzikálních metod je *vodoléčba – hydroterapie např. vířivé koupele*. Jako další, nejčastěji používanou metodou v oblasti fyzioterapie, je *elektroléčba*, spočívající v aplikaci stejnoměrného, nebo střídavého elektrického proudu. Používá se nízkofrekvenční proud. Ten je základem i pro přístroje proti bolesti, tzv. *transkutánní elektroneurostimulaci (TENS)* – metoda elektroterapie, kdy jsou přes kůži vedeny elektrické impulzy elektrodami podobně jako při vyšetření EKG. Impulzy stimulují mechanismy těla, které potlačují bolest. Musím zde také vzpomenout *termoterapii* – léčbu teplem (parafín, teplé koupele). Další z fyzikálních metod uvádím *fototerapii* – léčbu světlem (solux), která působí hlavně na bolesti pohybového ústrojí, dále *sonoterapii* – léčba akustickou energií (ultrazvuk), *magnetoterapii* – léčba energií magnetického pole (distanční terapie), *mechanoterapii* – léčba mechanickou energií (masáže) a *radioterapii* – léčba energií ionizujícího záření (teleterapie). Zvláštní postavení zastává *léčba chladem – kryoterapie*, kde je nemocný vystaven ve speciálním zařízení zvaném kryokomora na 2 - 3 minuty mrazivé teplotě - 110 až - 160 °C. (Janáčková, 2007)

6.2.3 Psychoterapie bolesti

Mnoho lidí při projevu bolesti sáhne hned po určitém analgetiku a nesnaží se vyžívat i jiné úlevové formy, např. relaxační cvičení. Různé farmakologické přípravky nám sice mohou mechanicky pomoci bolest utlumit nebo alespoň potlačit, ovšem tím se utlumuje i aktivita nemocného. V tomto jednostranném, farmaceutickém přístupu k léčbě se projevuje i určitá pohodlnost zdravotníka, který takto léčí jenom příznak, ale ne samotnou příčinu.

Významným prostředkem v léčbě bolesti je sugesce, která musí být podpořena autoritou zdravotníka a jeho celkového vystupování. Nikdy nesmíme nemocnému slibovat, že bolest zcela zmizí, nebo že bude slábnout a bude snesitelnější. (Zacharová, 2007) Psychoterapeutický přístup k pacientovi by měl být vstřícný, empatický, chápavý a vlídný. Psychoterapie může být individuální, rodinná, skupinová nebo kolektivní. Je velmi důležité od začátku psychoterapeutického působení podporovat pozitivní zvládací strategie, které zahrnují umění odpoutání se od bolesti, ignoraci bolesti, představování si jiných než bolestivých pocitů, nebo zaujetí postoje k bolesti jako k výzvě. Některým jedincům pomáhá meditace nebo modlitba. Bolest je provázena negativními emocemi, kdy pacient vidí jenom bezvýchodnou a tragickou situaci. Zde je zapotřebí dodat nemocnému naději. Všechny tyto negativní emoce jsou ovlivnitelné právě psychoterapií, jejímž základem je poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty. (Soafer, 1997)

Pro léčbu bolesti jsou v praxi nejčastěji používané tyto terapeutické techniky: *sugesce a autosugesce, hypnóza, relaxace, kognitivně – behaviorální terapeutické metody a psychodynamické směry*. (Nešpor, 2003)

Sugesce a autosugesce – jedná se o navození myšlenek, pocitů, představ, či přesvědčení a následné přijetí těchto myšlenek za vlastní. Sugescce pomáhá zmírňovat bolestivé pocity. Při terapii používá lékař jednoduché strategické formulace, naopak při autosugesci nemocný tyto formulace používá sám. Mezi nejčastěji používané zkoušky sugestibility praktikované v psychoterapii bolesti patří test pocitů tíhy a test slepených rukou. (Zacharová, 2007)

Hypnóza – je stav zúženého a změněného vědomí, kdy se mění mozková činnost a přesouvá pozornost. Je charakterizován zvýšením pozornosti určitým směrem. V tomto

stavu může dojít ke změně fyziologických funkcí. Nejčastěji používanou technikou navození hypnotického stavu je soustředění se na jediný bod. Cílem je navození účinné sugesce. Účinkem hypnózy je tedy odvést pozornost od bolesti. Použití je možné jak u akutní, tak i u chronické bolesti. O jejím vynikajícím účinku nasvědčuje minimální užívání analgetik při kombinaci s psychoterapií. K hypnóze se nejčastěji užívá uspávací metoda a metoda stupňované náročnosti bdělých sugescí.

Hypnotická analgezie – jedná se o znecitlivění prostřednictvím hypnotické sugesce a je využívána v chirurgii, ortopedii, nebo jako doplněk některé z druhů anestezie. Dále ji lze aplikovat u popálenin, bolestivých převazů, v plastické chirurgii, mikrochirurgii, ve stomatologii, porodnictví, dermatologii a u chronických, těžce zvládatelných bolestí. (Janáčková, 2007)

Relaxace – jedná se o stav sníženého napětí a slouží tak k uvolnění, odpočinku a odpoutání se. Patří sem autogenní trénink, meditace, při níž dochází k zapojování vlastní vůle a oddávání se skutečnosti. Další z relaxačních technik představují imaginární techniky, u nichž tvoří základ představivost, především zrkovné představy. Dále do této skupiny patří biofeedback – biologická zpětná vazba. Jedná se o zcela novou metodu v léčbě chronické bolesti. Podstatou je využití fyziologických funkcí, které jsou monitorované, pacient je sleduje a během terapie se učí dosáhnout u dané funkce jejího ovlivnění. Patří sem také akupresura, aromaterapie a terapie hudbou.

Kognitivně-behaviorální terapie – představují racionální přesvědčení, že lidé mají logický náhled na svět. Používají proces myšlení k úpravě chování. Tato technika se používá hlavně u chronických bolestí. (Nešpor, 2003)

Psychodynamické směry – jejich formy se nejčastěji uplatňují u chronických bolestí, které se staly již součástí života nemocného a zároveň pomáhají jedinci nebo také jeho nejbližším se vnitřně vyrovnávat se skutečností. (Rokyta, 2006)

Logoterapie – pomocí ní se člověk snaží najít ztracený smysl života a naplnit jej. Tento postup se hodně uplatňuje také ve fázích bilancování u nevléčitelně nemocných v terminálních fázích života. Úlevu představuje nalezení smyslu života, mít pro co žít.

Arteterapie – léčba uměním. Hodně využívaná je v léčbě chronické bolesti. Jejím cílem je lepší sebezpoznání, ventilace napětí a relaxace. (Janáčková, 2007)

Akupunktura – je metoda, která se zaměřuje na práci s bioenergií. Cílem je dosáhnout harmonie toku energie po akupunkturních dráhách. Tato metoda pochází z Číny a je součástí tradiční čínské medicíny, která uznává souvislosti s psychickými problémy, a proto se také zaobírá relaxačními technikami a meditacemi.

V psychoterapii bolesti zastává důležité postavení *placebo*. Jedná se o léčebnou intervenci v léčbě bolesti bez specifického účinku na nemoc pacienta, simulující skutečnou léčbu. Termín placebo vznikl ze začátečního slova modliteb, které se modlili mniši při obřadu zaříkávání nemoci po podání léčivého přípravku. Teprve až na konci 20. století tvoří placebo součást klinické praxe, protože stav nemocných se po podání placebo objektivně i subjektivně zlepšoval. Výsledný efekt placebo je připisován víře a důvěře, která je v lidech. Pokud přestane placebo působit, má to negativní dopad na celou léčbu a zdravotní stav nemocného. (Rokyta, 2006) Podat placebo nemocnému může sestra jedině na základě ordinace lékaře, tak jako při podávání ostatních léků. (Gulášová, 2008) Výsledný efekt placebo by se neměl v žádném případě podceňovat, ale zároveň je třeba mít na paměti, že se jedná o krátkodobou záležitost. Jeho podklad je psychologický a neurobiologický. Placebo v žádném případě nepředstavuje základ léčby, může nám však posloužit jako její součást. (Rokyta, 2006) Při používání placebo v praxi zde vyvstává etická otázka, zda nejde o záměrné podvádění pacienta, protože tento přípravek neobsahuje účinnou složku pro léčbu bolesti. Ovšem pro lékaře je důležitější praxe, která jednoznačně potvrzuje účinnost placebo efektu. (Janáčková, 2007)

7. Kompetence sester v hodnocení bolesti

V předchozí části jsem se věnovala léčebným přístupům k ovlivnění bolesti, a protože ve své práci řeším problém hodnocení a sledování bolesti u nemocných v rámci ošetrovatelské péče z pohledu sester, náleží mi zde uvést odpovědnost, kterou mají sestry vůči nemocnému s bolestí. Léčba bolesti by měla pro zdravotníky představovat prioritu. Z literárních zdrojů již víme, že bolest je celosvětově nedostatečně léčena. Pokud má nemocný teplotu, dostane okamžitě antipyretikum (lék na snížení teploty), ale když má bolest, stále se s léčbou váhá. Teplotu můžeme změřit teploměrem, ale bolest monitorovat

přístroji nelze. Představuje tak varovný signál, upozorňující na možné poškození organismu. Právě bolest se umístila na prvním místě mezi důvody, kdy jedinec vyhledá odbornou pomoc. V souladu s kodexy by se ji měli zdravotníci snažit zmírnit. Ovšem skutečnost je poněkud trošku jiná. Mnohem více se soustřeďují na léčbu nemoci a bolest je považována za nepodstatný detail. IASP již v roce 1996 definovala bolest jako pátou základní fyziologickou funkci (FF). To pro zdravotníky znamená, že je vždy potřeba při měření FF položit i otázku na intenzitu bolesti dle zvolené škály a docílit tím pravidelného hodnocení. Za tento úkol je zodpovědná sestra, která má skupinu pacientů na starosti. (Di Cara, 2005) Pokud se mají sestry účinně připravovat na svoji práci, musí znát svoje dovednosti a dané úkoly, které mohou plnit. Jedním slovem se jedná o jejich kompetence. Tento pojem má několik významů. V právním slova smyslu znamená pravomoc neboli rozsah právní moci. V pracovním procesu znamená způsobilost k určité činnosti, schopnost danou činnost vykonávat. Takového člověka můžeme označit jako způsobilého, odpovědného, příslušného. V roce 1997 formuloval výbor evropské komise pro vzdělávání ve zdravotnictví základní kompetence pro sestry. V popředí této vydané formulace stojí dovednosti komunikační, edukační a organizační nad nároky osvojení si odborných ošetrovateľských kompetencí. Následně se mění vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. I napříč zavedeným změnám jsou v praxi stále sestry, které prošly starým systémem vzdělávání. Některé již nemají snahu učit se nové metody a postupy. Jejich znalosti a dovednosti zůstávají tak na úrovni staré desítky let. Sestry si musí uvědomit, že je třeba své znalosti a dovednosti neustále zlepšovat. U nás, v České republice, jsou kompetence sester a podmínky dalšího vzdělávání nelékařských pracovníků ustanoveny v zákoně č. 96/2004 ve znění pozdějších předpisů. (Marková, 2010) Sestry zaujímají dominantní postavení při hodnocení bolesti, při posouzení kvality úspěšnosti či neúspěchu léčebných postupů a nakonec také ve zmírnění utrpení, které s sebou bolest přináší. Právě ony dovedou skloubit dovednosti a zkušenosti z ošetrovateľské praxe o nemocné, určitou empatii a prostředky verbální nebo neverbální komunikace do jednotlivého celku a ty pak následně použít v plánování ošetrovateľského procesu o nemocné s bolestí. Jejich nejdůležitější úlohou je individuální přístup k nemocnému, protože každý z nás prožívá bolest odlišně. Sestra by měla být trpělivá a umět nemocnému poskytnout psychickou podporu. (Gulášová, 2008) Získané informace ohledně zdravotního stavu nemocného pak může takto sdělovat lékařům. Dle Oslera

(1947), který to vystihuje v jediné větě: „*Za naše mediky závidím sestráům jejich výhody, totiž, že žijí v každodenním styku s nemocnými*“. (Soafer 1997:41) Sestra má jedinečné místo v ošetrovatelském procesu o nemocného s bolestí. V rámci kompetence by si měla osvojit praktické dovednosti své práce v ošetrovatelském procesu o nemocné. Důraz je kladen především na znalost standardů a také samozřejmě na jejich dodržování. Musí znát základní postupy při léčbě bolesti, správně a pravidelně ji monitorovat a získané informace od nemocných následně předávat celému ošetrovatelskému týmu. Umět rozlišit žádoucí, nežádoucí a vedlejší účinky podávaných analgetik, vědět léky správně naředit, aplikovat a rozumět výrazům jako např. léky ordinované lékařem „dle potřeby (d. p.)“. Profesionální sestra by měla umět odhadnout vývoj pacientova zdravotního stavu, vhodně komunikovat nejenom verbálně, ale celým svým bytím, umět komunikovat s kolegy, podporovat práci v týmu, respektovat jejich rozdílnosti a v případě problému nalézt vhodné řešení. Taková sestra dokáže reálně charakterizovat své místo v týmu a je přínosem pro celý tým. Zúčastňuje se společenských akcí, supervizí, podílí se na rozvoji péče o nemocné, využívá svých vědomostí z různých vzdělávacích seminářů a umí je přenést do práce pro svůj pracovní tým. (Marková, 2010)

Sestry by neměly při své práci zapomínat na *zásady ošetrování nemocného s bolestí*:

1. Aktivně naslouchat nemocnému, dát najevo náš zájem o podělení se s jeho bolestí, být empatický.
2. Akceptovat nemocného, nechat, ať sám charakterizuje vlastními slovy, jaká bolest ho trápí.
3. Při rozhovoru si na nemocného udělat dostatek času.
4. Nikdy neříkat, že „takto ho to přece nemůže bolet“.
5. Nenabízet vlastní možnosti, pokud o to nemocný neprojeví sám zájem.
6. Dokázat využít všechny své znalosti a dovednosti k potlačení bolesti nemocného.
7. Při potlačování bolesti využívat aktivní spolupráci nemocného.
8. Pomáhat nemocnému zaměřit pozornost jinými směry.

9. Nabízet nemocnému relaxační techniky, alespoň do doby začátku účinkování analgetik.
10. Léky podávat dle individuálních potřeb nemocného, jeho prožívání bolesti a po zhodnocení tolerance bolesti pacienta, ne rutinním způsobem.
11. Důraz klást na problém vztahů a na problém komunikace.
12. Před každým bolestivým zákrokem nemocného edukovat o následné bolesti.
13. Sledovat neverbální projevy nemocného. (Dučaiová, 2011)

8. Etika v léčbě bolesti

V této části práce jsem se rozhodla přiblížit etické pohledy na léčbu bolesti. Základy etiky stojí na Hippokratových zásadách. Základním úkolem etiky je nacházet, nalézat, analyzovat vzájemné vztahy a dodržovat zásady klinické morálky v přímém vztahu k pacientům. Medicínská etika i dnes popisuje především přístup lékařů, ale postupem času vystupují do popředí tři zásadní faktory. Prvním faktorem je oddělení ošetrovatelské péče, na kterém je nemocný hospitalizovaný. Druhým faktorem je to, že o nemocného pečuje ne jeden lékař, ale celý tým odborníků, takže veškerá rozhodnutí o léčebném postupu jsou názorem více lidí. Třetím faktorem je právo nemocného vstupovat do rozhodnutí o poskytnutí péče. Je to právo autonomie, které musí být v souladu s respektem k autonomii lékaře. Výsledkem domluvy mezi lékařem a pacientem představuje informovaný souhlas, kterým nemocný dává najevo, jestli s navrhovanou léčbou souhlasí nebo nesouhlasí. Lékař, pokud je to možné, by měl názory pacienta respektovat. (Rokyta, 2006) Zdravotníci musí mít aktivní empatický přístup k nemocnému trpícímu bolestí. U chronických bolestí se soucítí nejen s pacientem, ale také s jeho nejbližšími, s rodinou. Na pacienta také působí vlídné slovo, pochopení, povzbuzování, zvyšování jeho sebevědomí. Ke spolupráci je dobré získat celou rodinu nemocného. Všichni zdravotníci, ne jenom specialisté pro léčbu bolesti, by měli mít na mysli, že pacienti mají základní lidské právo netrpět bolestí a z toho vyplývající právo na včasnou odbornou léčbu. Práva pacientů na poskytnutí adekvátní léčby bolesti jsou deklarovaná IASP (International Association for the Study of Pain). Analgezie je právní a morální povinností každého lékaře. V první řadě jde především o zvládnutí bolesti. Povinností zdravotníků je

respektovat rozhodnutí pacienta i v případě, když se rozhodne bolest do jisté míry snášet. To znamená, když odmítne analgetika i přesto, že má bolesti. V dnešní době multikulturního ošetřovatelství je třeba pamatovat na to, že lidé z různých kulturních skupin mohou mít odlišný přístup k bolesti a její léčbě. Někteří lidé ji mohou částečně nebo zcela odmítat. I přesto by zdravotníci měli nemocnému poskytnout dostatek informací o bolesti, aby se mohl adekvátně sám rozhodnout. (Haškovcová, 2007) Kromě kulturních vlivů může být příčinou strach ze ztráty lidské důstojnosti a obavy, aby nezůstal na obtíž své rodině. Tento postup však může vyjadřovat také zoufalství a smutek. Pokud nemocný nemá pocit bezpečí a jistoty u svých nejbližších, obrací se a upíná na zdravotníky. Jako velmi účinné analgetikum funguje naděje, která pomáhá zvládat bolesti. Nádorová bolest představuje pro pacienty a jejich rodiny sociální stres. Postupem nemoci pacient vyžaduje větší a větší pozornost tlumení bolesti a potřebuje oporu, kterou vyhledává u zdravotníků, v rodině, ve výsledcích vyšetření. Důležitá je edukace nejbližší rodiny nemocného, aby mohla být aktivním pomocníkem při jeho léčbě bolesti. Prioritou lékařů a sester musí být pomoci každému nemocnému s bolestí. V civilizovaném světě ročně umírá na následky onkologického onemocnění až 80 % nemocných, kteří trpí silnými bolestmi a ve většině případů nemají optimální úlevu od bolesti. Z výzkumných šetření vyplývá, že až 40 % těchto pacientů nemá dostatečně a adekvátně léčenou bolest. Neúspěchy podle dlouhodobých výzkumů spočívají v problému nemocného mluvit o bolestech, také jeho nedodržení dané terapie, neochotě lékařů předepisovat terapii, nedostatečném hodnocení bolesti, vědomostech a vzdělání v oblasti léčby bolesti. Příčiny neúspěchu jsou neznalosti moderních postupů v léčbě, strach z nežádoucích účinků léků, ale také špatný vztah pacienta a zdravotníka. Strach z bolesti a umírání jsou bolestivé. V terminálním stádiu nemoci je hodnocení a léčba bolesti základem úspěchu péče o tyto nemocné a jejich rodiny. (Rokyta, 2006) Z vlastní zkušenosti vím, že ke spolupráci je dobré získat nejen nemocného, ale i jeho rodinu. Je to velmi důležité hlavně proto, že pokud budou mít blízcí příbuzní dostatek informací o bolesti a o způsobech jejího odstranění či zmírnění, mohou nemocnému efektivně pomoci bolest zvládnout. Od poskytovatelů péče, především od lékařů a sester společnost očekává určité etické projevy chování a jednání, které představují normy, typické pro určité skupiny. Povolání sestry je chápáno jako role samostatně konajícího pracovníka. Sestra je nositelkou ošetřování v celé jeho velikosti. Mezi lékaři, sestrami a pacienty by měl být vztah

vzájemné úcty, respektu a porozumění. Profesionalita ošetrovateľskej péče je vyjadrená v Etickom kodexu pro práci sester, ktorý stanovila Mezinárodní rada sester – ICN. Prvořadou úlohou sestry je poskytovat vysoce kvalifikovanou ošetrovateľskou péči a pacientovo dobro považovat za nejvyšší cíl svého snažení. Každá sestra by měla mít kladné charakterové vlastnosti. Základní morální hodnoty ve svém díle uvedla zakladatelka ošetrovateľství F. Nightingale. Již v 19. století byly od sester požadovány zásady etického chování. Respektování morálních hodnot při ošetrování pacienta je stavovskou ctí každé sestry. (Dučaiová, 2011)

Výzkumná část

9. Cíle výzkumného šetření a pracovní hypotézy

Předkládaná bakalářská práce přibližuje problematiku hodnocení a sledování bolesti u nemocných. Hlavním cílem práce je zjistit přístup sester na JIP interních oddělení vybraných zdravotnických zařízení.

Dílčí cíle:

1. Zjistit názory sester na hodnocení a sledování léčby bolesti na JIP interních oddělení.
2. Zmapovat, zda je hodnocení bolesti na JIP interních oddělení věnována dostatečná pozornost.
3. Zjistit, zda a jakým způsobem se sestry vzdělávají a informují o možnostech hodnocení a sledování bolesti.

Před zahájením výzkumného šetření jsem si stanovila hypotézy, pro které jsem hledala potvrzení či vyvrácení v dotazníkovém šetření.

Pracovní hypotézy:

H1. Předpokládám, že názory sester v oblasti sledování a hodnocení bolesti pacientů, budou na jednotlivých JIP interních oddělení rozdílné, a to s ohledem na specifické zaměření pracoviště, ale nebudou ovlivněny délkou praxe sester ve zdravotnictví.

H2. Domnívám se, že bolest u pacientů na JIP interních oddělení je pravidelně sledována a vyhodnocována, přičemž předpokládám, že v praxi jsou používány různé měřicí škály v hodnocení bolesti, ale neexistuje jednotný doporučený postup pro všechny JIP interních oddělení.

H3. Předpokládám, že si sestry na jednotlivých JIP interních oddělení pravidelně zjišťují nové poznatky ve sledování, hodnocení a léčbě bolesti a zároveň se domnívám, že nejčastějším zdrojem nových informací budou odborné články na internetu, nikoliv však pravidelná a systematická školení realizována zaměstnavatelem.

10. Metodika výzkumu

10.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný vzorek výzkumného šetření představovaly sestry, pracující na vybraných JIP interních oddělení (FTNsP, VFN, MOTOL, ÚVN v Praze a v Městské nemocnici v Litoměřicích). Statistický soubor tvořilo 142 sester. Daný soubor zahrnoval respondenty obojího pohlaví v počtu 140 žen a 2 mužů. V následující analýze a interpretaci výsledků výzkumného šetření bylo počítáno se 142 vyplněnými dotazníky jako se 100 %.

10.2 Metoda výzkumu

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem použila techniku kvantitativního sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Jde o nejpopulárnější a nejrozšířenější techniku sociologického výzkumu. Pro statistický soubor byl připraven nestandardizovaný dotazník speciálně konstruován pro toto výzkumné šetření. Pro dotazník jsem se rozhodla z důvodu snahy získat co největší počet dat od respondentů a také z důvodu zaručení anonymity. Po otestování první verze dotazníku na pěti vybraných respondentech z řad sester, byly provedeny u několika sporných otázek dílčí opravy. Dotazník je zcela anonymní a obsahuje 24 otázek (viz příloha A). První část dotazníku, otázky č. 1, 2, 3, 4 a 5, obsahují identifikační údaje dotazovaných respondentů (věk, pohlaví, vzdělání, specializaci a délku praxe). V druhé části dotazníku byly položeny otázky, které měly vztah k jednotlivým stanoveným cílům a hypotézám. Otázky byly formulovány tak, aby byly srozumitelné a jednoduché pro oslovené respondenty. Informace o anonymitě, dobrovolné účasti, způsobu vyplnění, uvedení pravdivých údajů a o tom, jak bude s údaji naloženo, byly sdělené již v úvodu. Sestry vyplňovaly dotazníky samostatně a odevzdávaly je do obálek, předem k tomu určeným. V dotazníku jsem použila otázky uzavřené, kde měli respondenti možnost zvolit pouze jednu odpověď, otevřené kde mohli vyjádřit své názory, myšlenky a polouzavřené, kde měli možnost uvést více odpovědí současně.

10.3 Organizace výzkumného šetření

Jako výzkumné pracoviště jsem si vybrala JIP interního oddělení na I. interní klinice ve FTNsP v Praze, na kterém pracuji. Naše oddělení disponuje 4 lůžky. Pracuje tam 9 sester na plný, 1 sestra na zkrácený úvazek a 1 staniční sestra. Pro větší počet

respondentů z tohoto zdravotnického zařízení jsem výzkumné šetření provedla také na JIP II. interní kliniky. Dotazníky mi zde vyplnilo pouze 5 sester. Jako další pracoviště jsem si vybrala JIP interního oddělení ve FN Motol v Praze. Tady se výzkumného šetření zúčastnilo 35 sester. Třetím pracovištěm se stal JIP III. interní kliniky ve VFN v Praze na Karlově náměstí. Zde mi vyplněný dotazník odevzdalo 15 sester. Čtvrtým výzkumným pracovištěm byl zvolen JIP interního oddělení ÚVN v Praze – Střešovicích. Tady se šetření zúčastnilo 30 sester. Jako páté zdravotnické zařízení jsem si vybrala Městskou nemocnici v Litoměřicích. Tady jsem si zvolila k šetření dvě JIP interních oddělení. Vyplněný dotazník mi odevzdalo společně 55 sester. Dotazníky byly rozdány a vybrány vrchními sestrami jednotlivých interních klinik. Celkem dotazník dostalo a odevzdalo zpět 150 sester, z nichž 8 dotazník správně nevyplnilo, proto musely být jejich dotazníky ze šetření vyřazeny. Dále jsem tedy považovala 142 dotazníků jako za 100 %. Dotazníkové šetření bylo provedeno na základě souhlasného stanoviska managementu oslovených nemocnic (viz příloha D). Šetření probíhalo v období od začátku července do poloviny září roku 2011. Na vyplnění a odevzdání dotazníků jsem nechala sestrám dostatek času, celkově 11 týdnů, protože v době administrace byly některé sestry na dovolené.

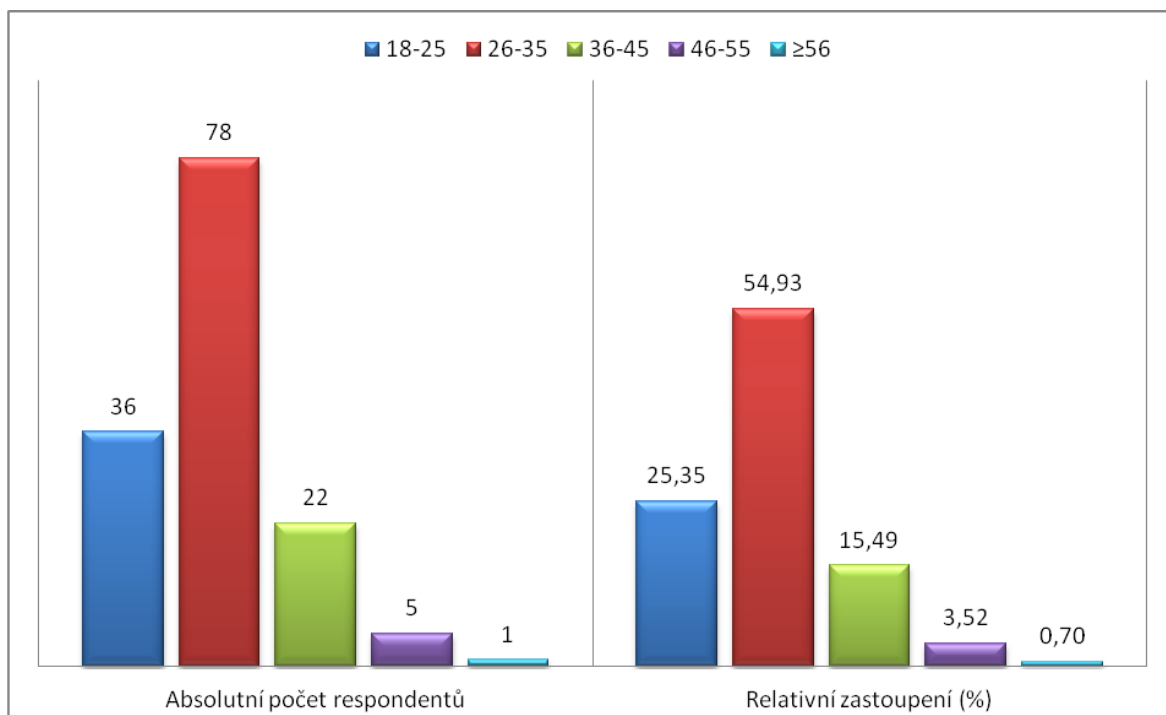
10.4 Sběr a zpracování dat

Návratnost dotazníků byla stoprocentní, protože dotazníkové formuláře jsem předávala osobně předem osloveným vrchním sestrám jednotlivých interních klinik. Ty pak dotazníky rozdaly svým sestrám na pracovištích JIP. Součástí dotazníků byly obálky, kam mohly sestry zalepovat již vyplněné dotazníky a odevzdávat je vrchním sestrám. Na vlastním pracovišti jsem dotazníky distribuovala osobně. Sesbíraná data od respondentů byla vyhodnocena procentuálně v druhé půlce měsíce září roku 2011.

Statistické zpracování výsledků provedeného výzkumného šetření včetně grafů bylo provedeno tabulkovým kalkulátorem Excel a textové zpracování textovým editorem Microsoft Word z kancelářské sady Office 2007.

11. Výsledky výzkumného šetření

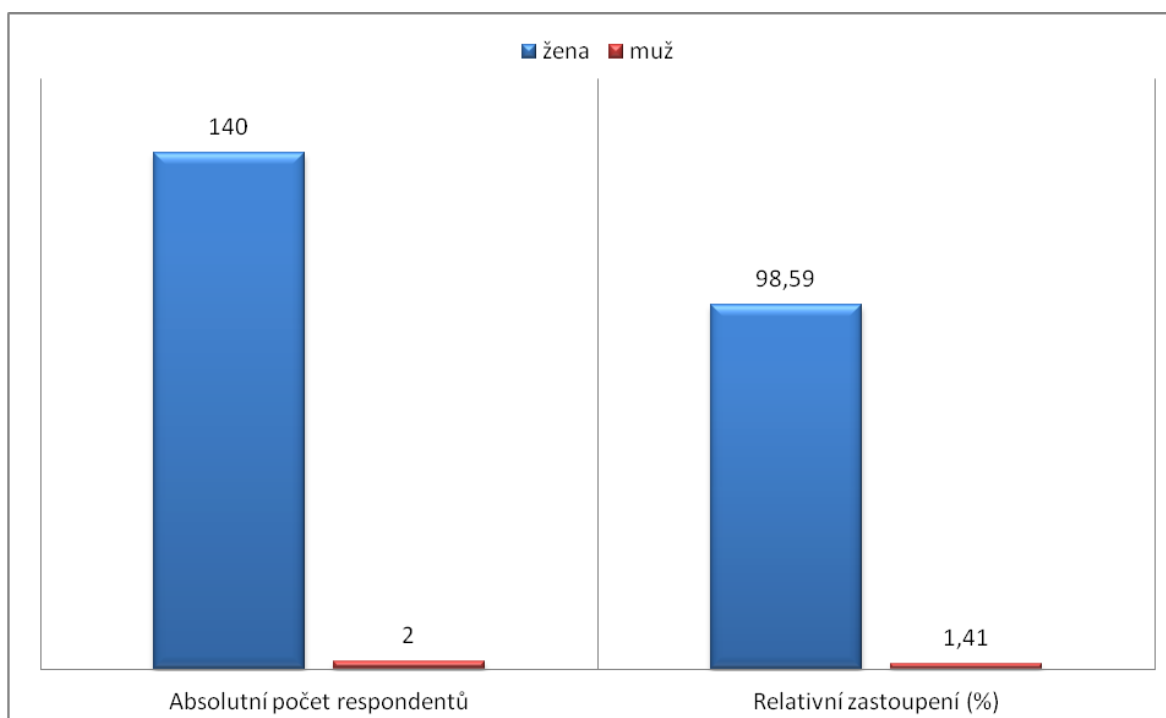
Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?



Graf č.1: Věk sester

Z výzkumného šetření vyplývá, že na JIP interních oddělení pracuje nejvíce sester ve věku **26 - 35 let**, a to **78 (54,93 %)**. O něco menší zastoupení je sestrami ve věku **18 - 25 let**, a to v počtu **36 (25,35 %)**. Skupinu sester ve věku **36 - 45 let** představovalo **22 (15,49 %)** respondentů. Věkovou skupinu sester **46 - 55 let** tvořilo **5 (3,52 %)** respondentů a nejméně zastoupenou skupinou byli sestry ve věku **56 a více let**, a to pouze **1 (0,70 %)** respondent.

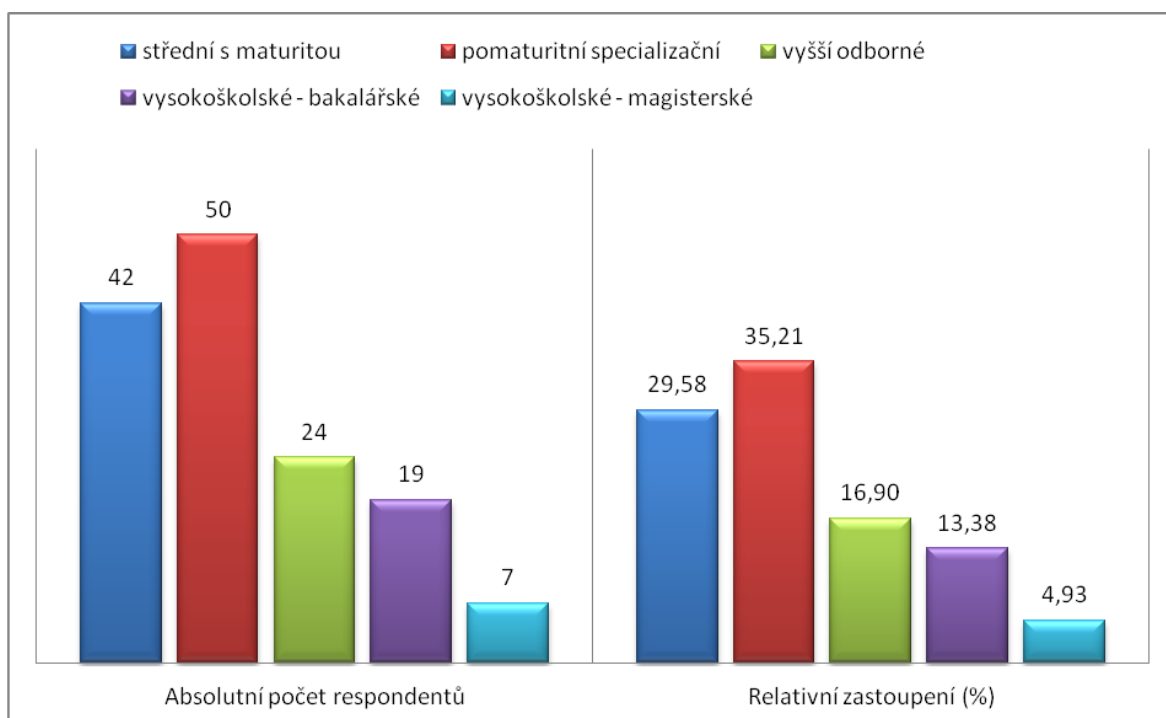
Otázka č. 2: Jste žena, nebo muž?



Graf č.2: Pohlaví sester

Ze šetření vyplývá, že největší zastoupení sester pracujících na JIP interních oddělení jsou ženy, a to počtem **140 (98,59 %)** z celkového počtu **142 (100 %)** respondentů. Pouze **2 (1,41 %)** sestry jsou muži.

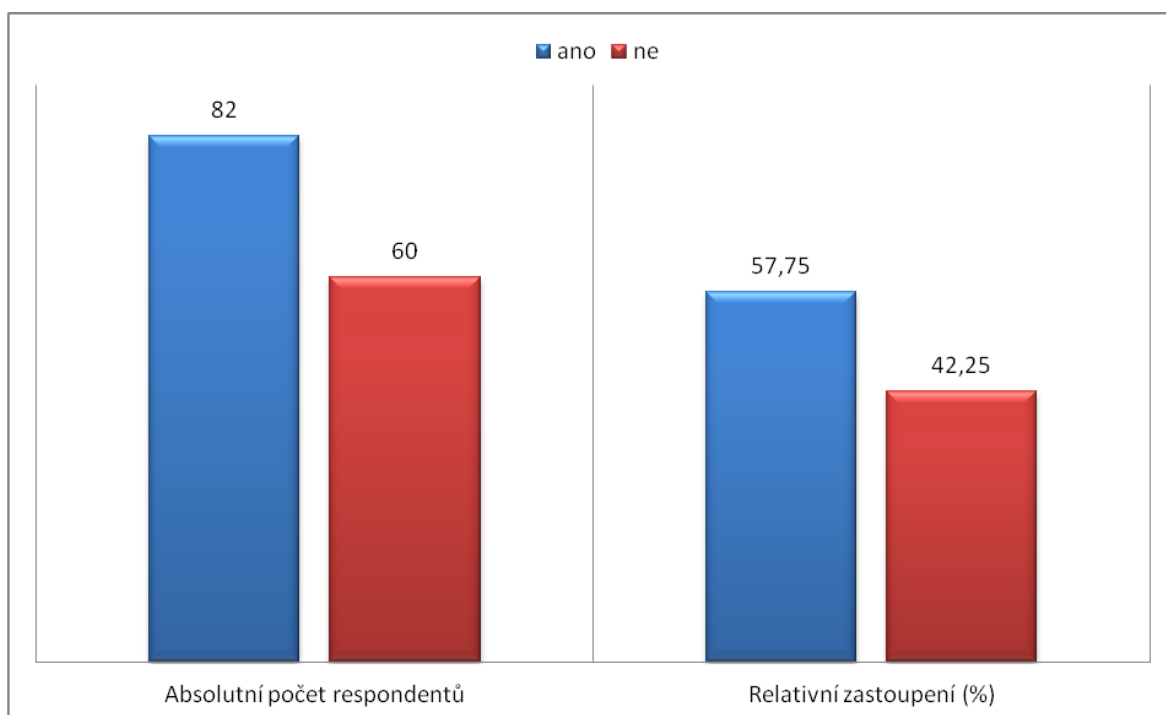
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č. 3: Sestry - vzdělání

Z výzkumného šetření vyplývá, že poloviny sester **50 (35,21 %)**, zařazených do šetření absolvovala pomaturitní specializační studium (PSS). Menší zastoupení je sestrami se střední školou s maturitou (SZŠ), a to **42 (29,58 %)**, vyšší odbornou školu (VOŠ) absolvovalo **24 (16,90 %)** z celkového počtu sester. Vysokoškolské vzdělání má pouze **26 (17,81 %)** sester (Bc. **19** sester - **13,38 %** a Mgr. **7** sester - **4,93 %**).

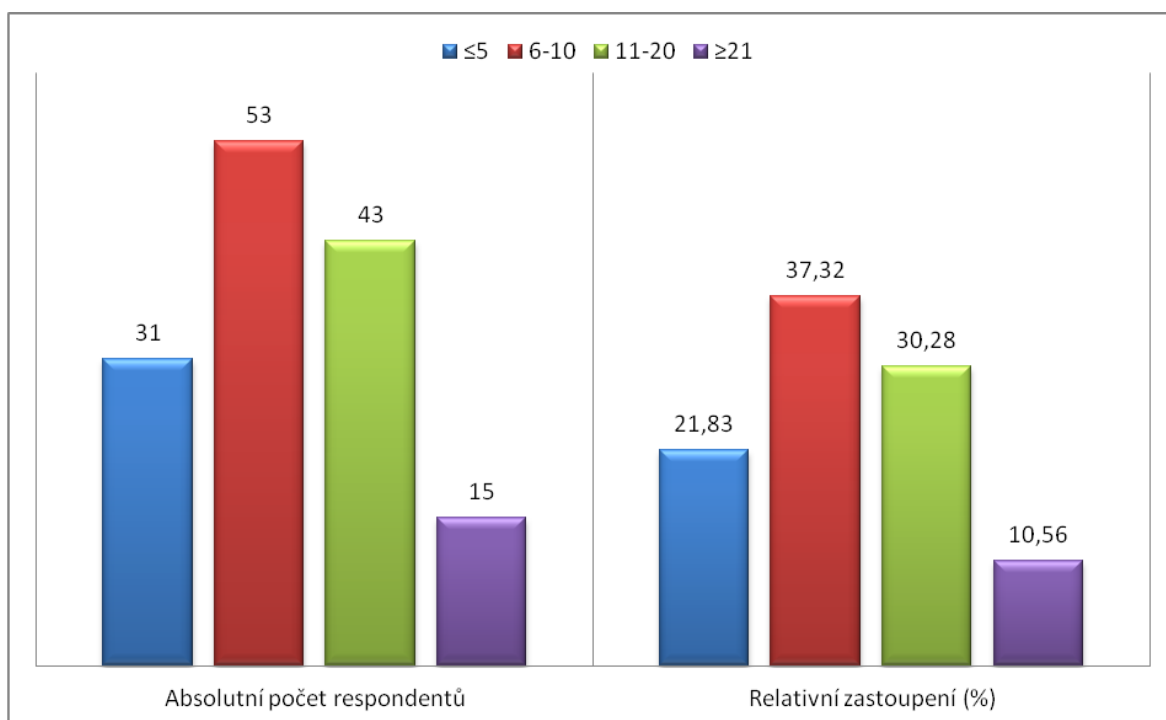
Otázka č. 4: Absolvoval/a jste specializační studium pro práci na intenzivní péči?



Graf č. 4: Sestry - specializační vzdělání

Graf č. 4 ukazuje strukturu souboru se specializačním vzděláním. Jednoznačně nejčetnější skupinou jsou sestry v počtu **82 (57,75 %)**, které absolvovaly specializační studium (PSS) pro práci na JIP. Počet sester bez specializačního vzdělání je **60 (42,25 %)** z celkově dotazovaných.

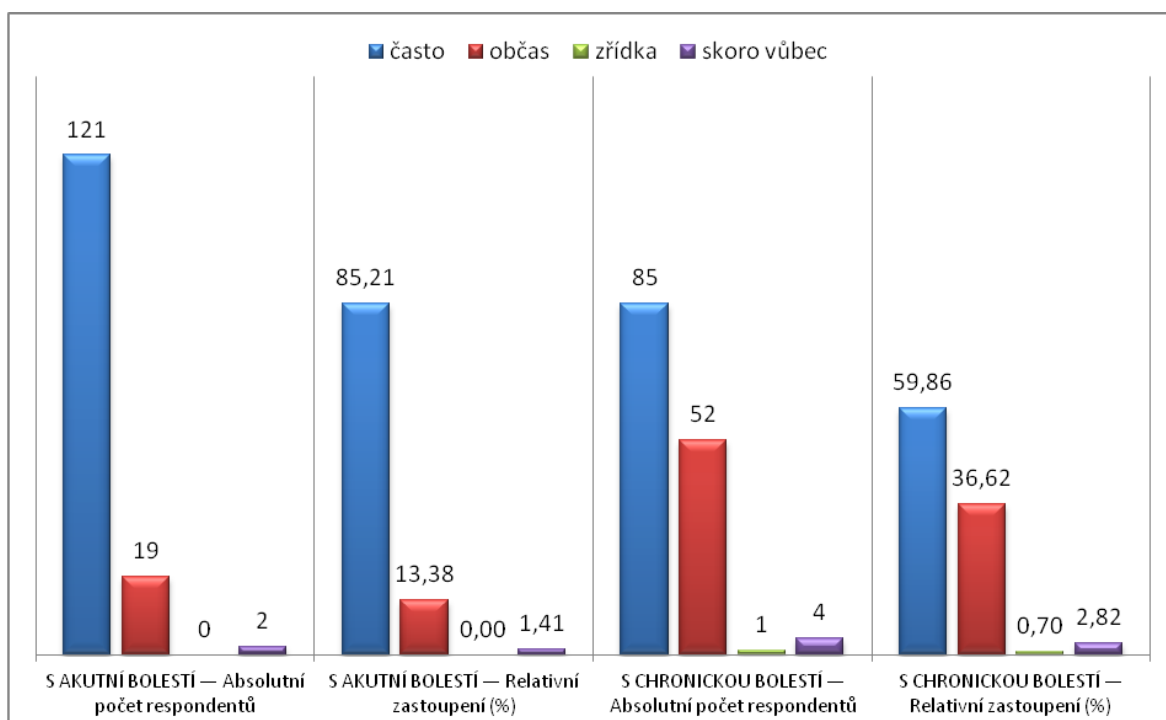
Otázka č. 5: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?



Graf č. 5: Délka praxe sester ve zdravotnictví

Ze šetření vyplývá, že nejčetnější skupinou jsou sestry s praxí v rozmezí **6 - 10 let**, a to **53 (37,32 %)**, dále v rozmezí **11 - 20 let**, tj. **43 (30,28 %)** sester. Kategorie **do 5 let** je obsazena **31 (21,83 %)** sestrami a dále s praxí **nad 21 a více let** **15 (10,56 %)** sester, tedy ve věku 40 a více let.

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte na JIP, kde pracujete, s pacienty s bolestí?

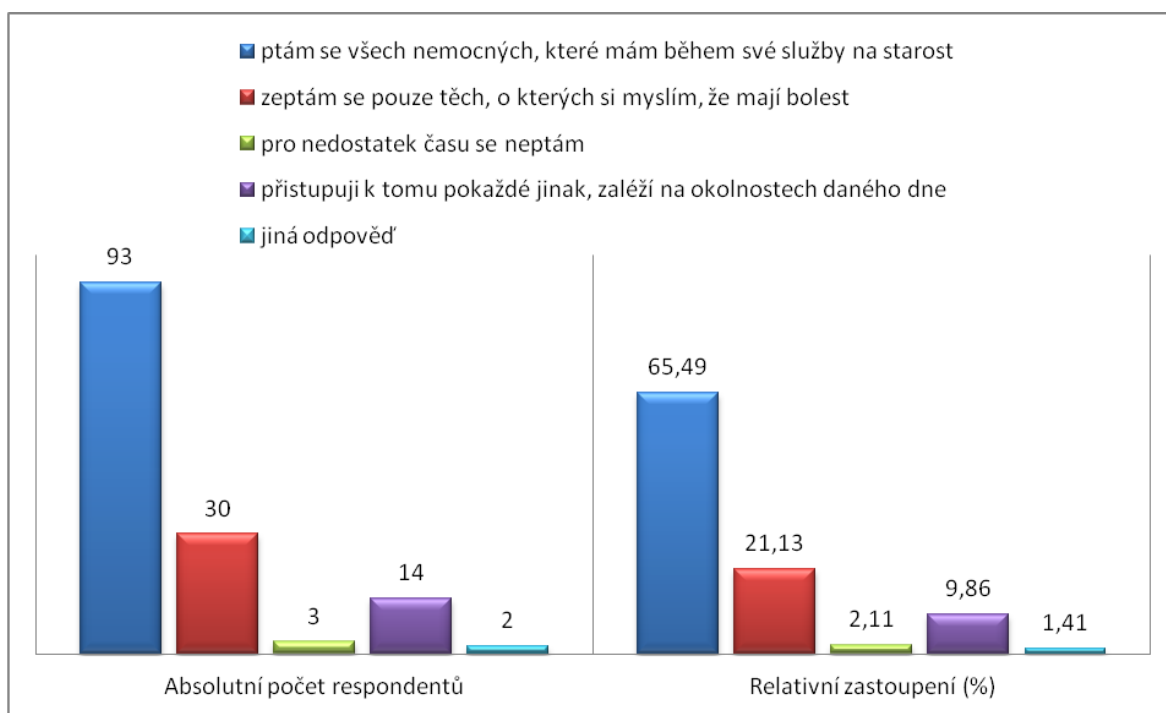


Graf č. 6: Nejčastější typy bolestí na JIP

Z výzkumného šetření vyplývá, že se na svém pracovišti s akutní bolestí **často** setkala nejvíce sester, a to v počtu **121 (85,21 %)**. **Občas** se s ní setkala **19 (13,38 %)** sester, **zřídka** ani jedna sestra a **skoro vůbec** **2 (1,41 %)** sestry.

S chronickou bolestí se **často** setkala nejvíce sester, a to **85 (59,86 %)**, **občas** **52 (36,62 %)** sester, **zřídka** **1 (0,70 %)** sestra a **skoro vůbec** se s chronickou bolestí na svém pracovišti nesetkaly **4 (2,82 %)** sestry.

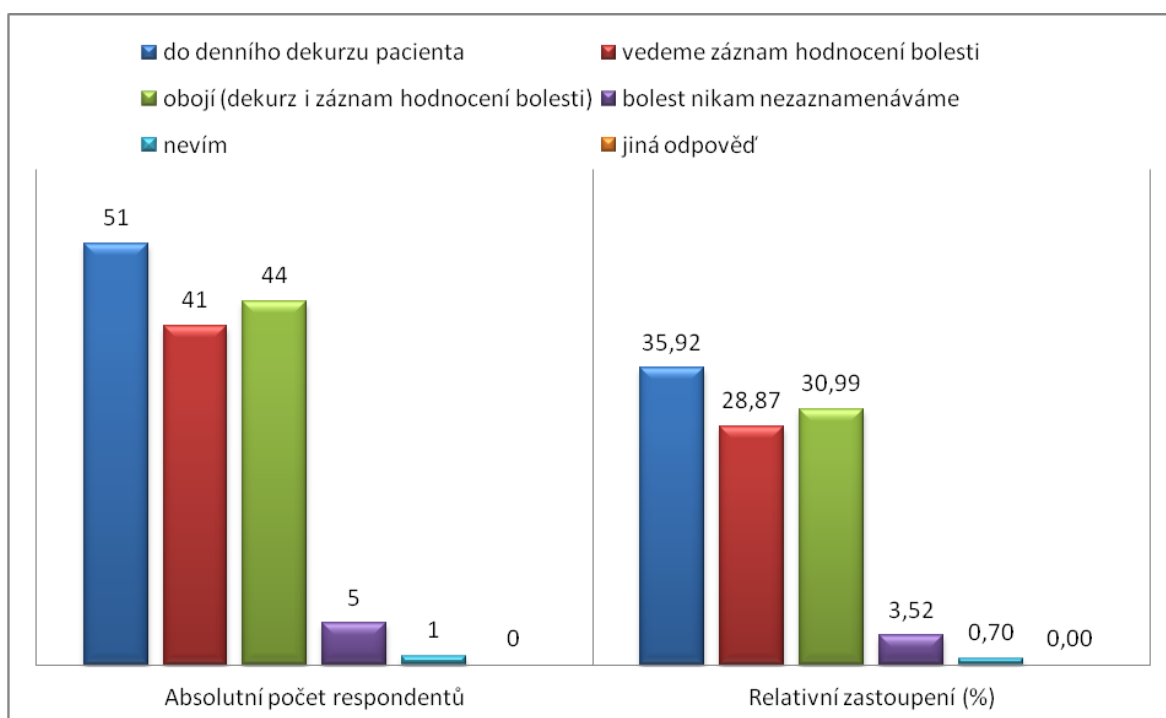
Otázka č. 7: Dotazujete se denně svých pacientů, mají-li nějakou bolest?



Graf č. 7: Časové rozmezí hodnocení bolesti

Graf č. 7 ukazuje strukturu souboru v časovém rozmezí hodnocení bolesti. Nejčetnější skupinou byly sestry v počtu **93 (65,49 %)**, které se **dotazují všech nemocných, které mají během služby na starosti**. Sester, které se ptají **pouze těch, o kterých si myslí, že mají bolesti**, bylo **30 (21,13 %)**. **Pro nedostatek času se nemocných neptají 3 (2,11%)** sestry. Těch, které **k hodnocení přistupují pokaždé jinak, záleží na okolnostech daného dne** bylo **14 (9,86 %)**. **2 (1,41 %)** sestry uvedly jinou odpověď. Jedna sestra uvedla, že pacientů na bolest se ptá pouze za přítomnosti jejich nejbližších rodinných příslušníků. Druhá sestra se vyjádřila, že se nemocných na bolest ptá jen proto, že musí dodržovat standard bolesti.

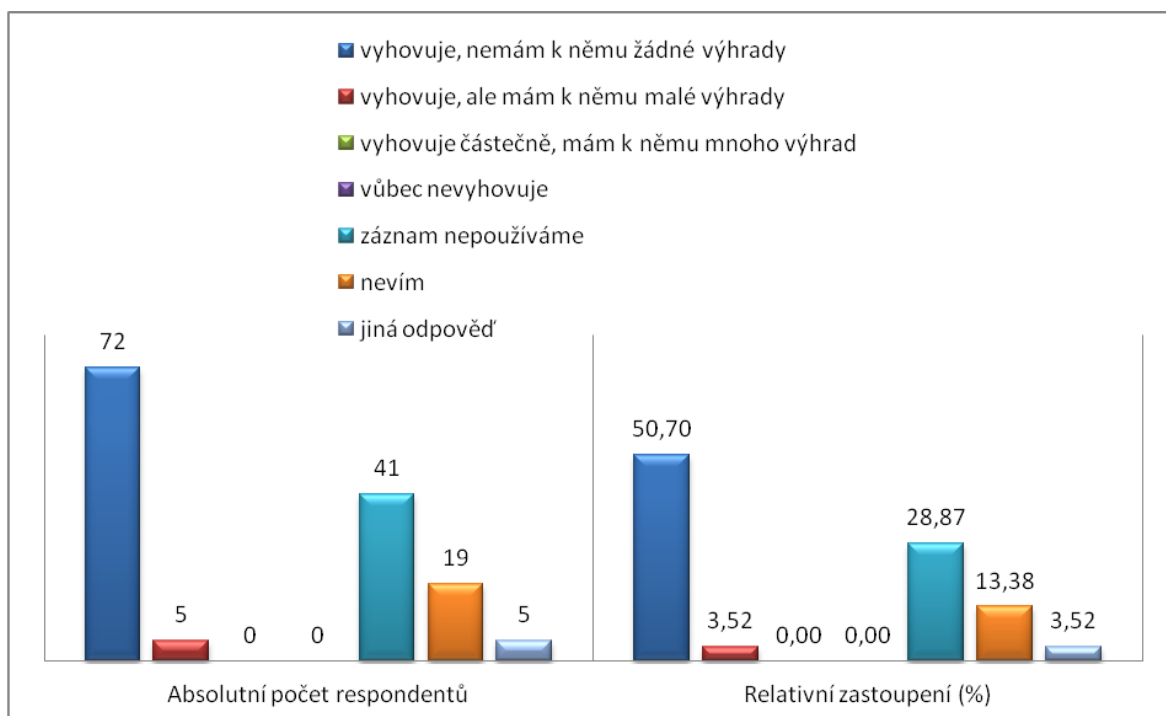
Otázka č. 8: Kam zaznamenáváte, když má pacient bolest?



Graf č. 8: Záznamu hodnocení bolesti

Ze šetření vyplývá, že nejčastěji sestry zaznamenávají bolest u nemocných do jeho **denního dekurzu**, a to v nadpolovičním počtu **51 (35,92 %)**. Samostatný **záznam hodnocení bolesti** používá v praxi **41 (28,87 %)** sester. Vedení **dekurzu i záznamu hodnocení bolesti** označilo **44 (30,99 %)** sester. Bolest nikam nezaznamenává **5 (3,52 %)** sester a **1 (0,70 %)** sestra uvedla, že **neví, kam** na svém pracovišti **zaznamenávají hodnocení bolesti**. Jinou možnost odpovědi nevyužila žádná sestra.

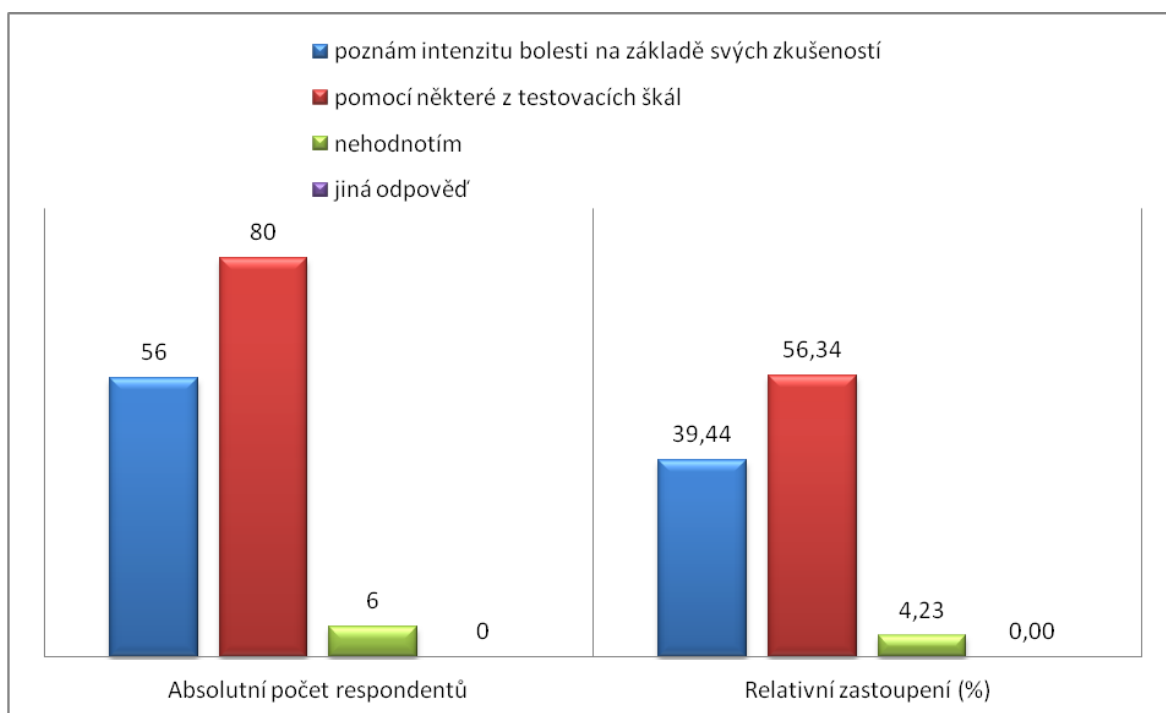
Otázka č. 9: Pokud používáte „Záznam hodnocení bolesti“, jak ho můžete zhodnotit?



Graf č. 9: Zhodnocení záznamu bolesti

Z výzkumného šetření vyplývá, že záznam hodnocení bolesti **plně vyhovuje** nejčetnější skupině sester, a to v počtu **72 (50,70 %)**. Záznam **vůbec nepoužívá** v praxi **41 (28,87 %)** sester, **zhodnotit jej nevědělo 19 (13,38 %)** sester. Jako **malé výhrady** k záznamu uvedlo **5 (3,52 %)** sester, které se v odpovědích shodly a nejčastěji jim vadí složitost vedení záznamu u pacientů kriticky nemocných, které mají na starosti. Stejný počet **5 (3,52 %)** sester zvolilo možnost **jiné odpovědi**, kde se shodly na zbytečném vedení záznamu hodnocení bolesti. Odpověď, vyhovuje částečně, a vůbec nevyhovuje, si nevybrala žádná sestra.

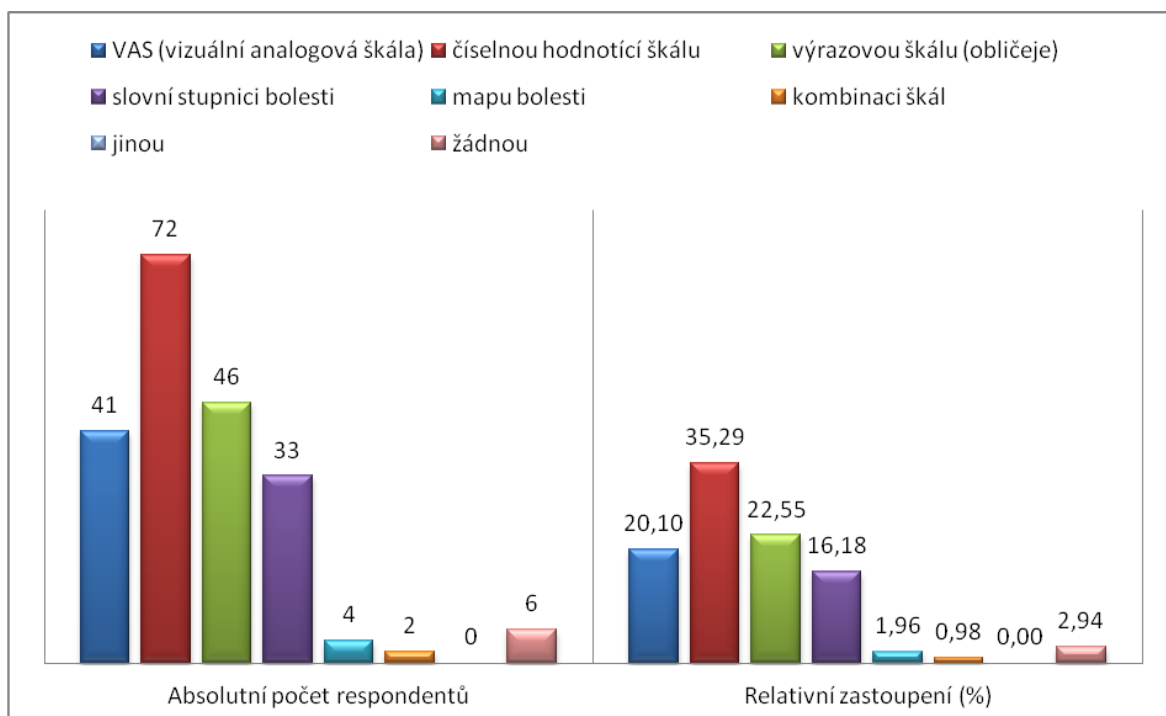
Otázka č. 10: Jakým způsobem zpravidla hodnotíte intenzitu bolesti u nemocných?



Graf č. 10: Hodnocení intenzity bolesti

Z grafu č. 10 vyplývá, že nejčetnější skupinu sester v počtu **80 (56,34 %)** tvoří ty, které hodnotí intenzitu bolesti u nemocných **pomocí některé z testovacích škál**. Intenzitu bolesti **na základě vlastních zkušeností** hodnotí **56 (39,44 %)** sester, vůbec nehodnotí bolest nemocných na svých pracovištích **6 (4,23 %)** sester a jinou možnost neuvedla žádná sestra.

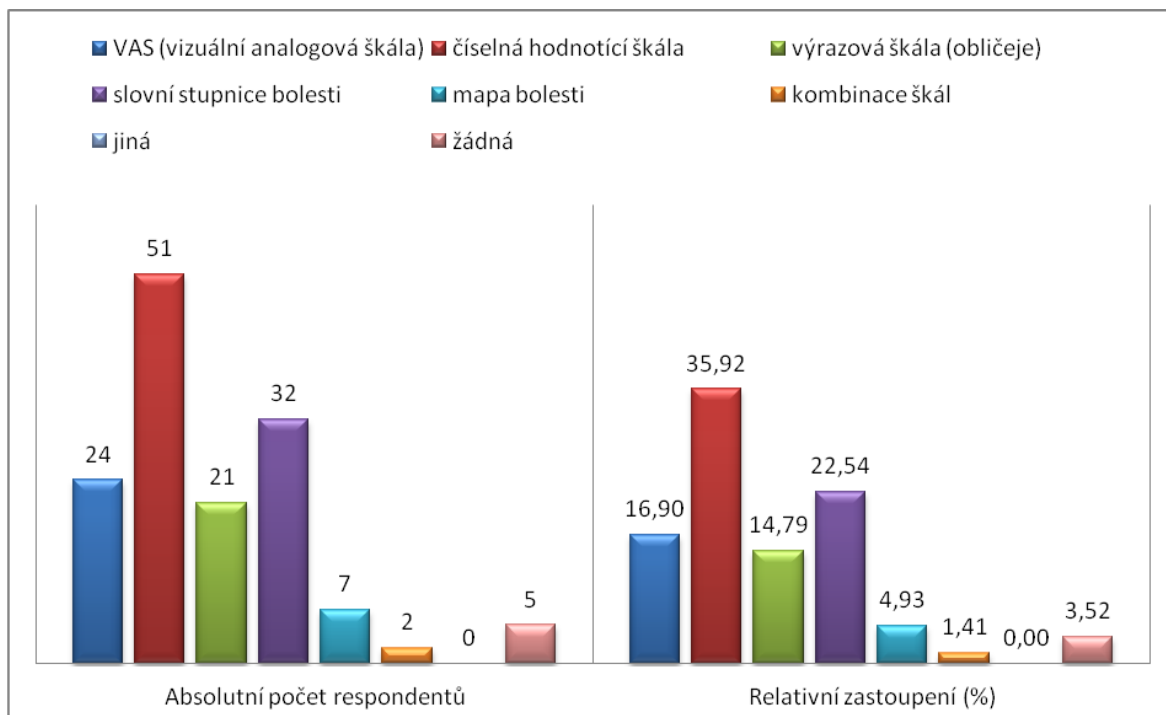
Otázka č. 11: Jakou škálu k hodnocení intenzity bolesti používáte?



Graf č. 11: Hodnotící škály

V této otázce mohly sestry označit více odpovědí. Ze šetření vyplývá, že nadpoloviční většina sester **72 (35,29 %)** používá v praxi pro hodnocení intenzity bolesti u nemocných **číselnou hodnotící škálu**. **Výrazovou škálu (obličej)** používá **46 (22,55 %)** sester, **VAS (vizuální analogovou škálu)** využívá **41 (20,10 %)** sester, **slovní stupnici bolesti** používá na svém pracovišti **33 (16,18 %)** sester, **mapu bolesti** využívají jenom **4 (1,96 %)** sestry. Jako nejčastější **kombinaci škál** pro hodnocení intenzity bolesti používají **2 (0,98 %)** sestry. Jedna sestra využívá kombinaci slovní stupnice s mapou bolesti. Druhá uvedla kombinaci VAS a číselné hodnotící škály. V praxi k hodnocení intenzity bolesti **testovacích škál vůbec nepoužívá 6 (2,94 %)** sester. Jinou odpověď neuvedla žádná sestra.

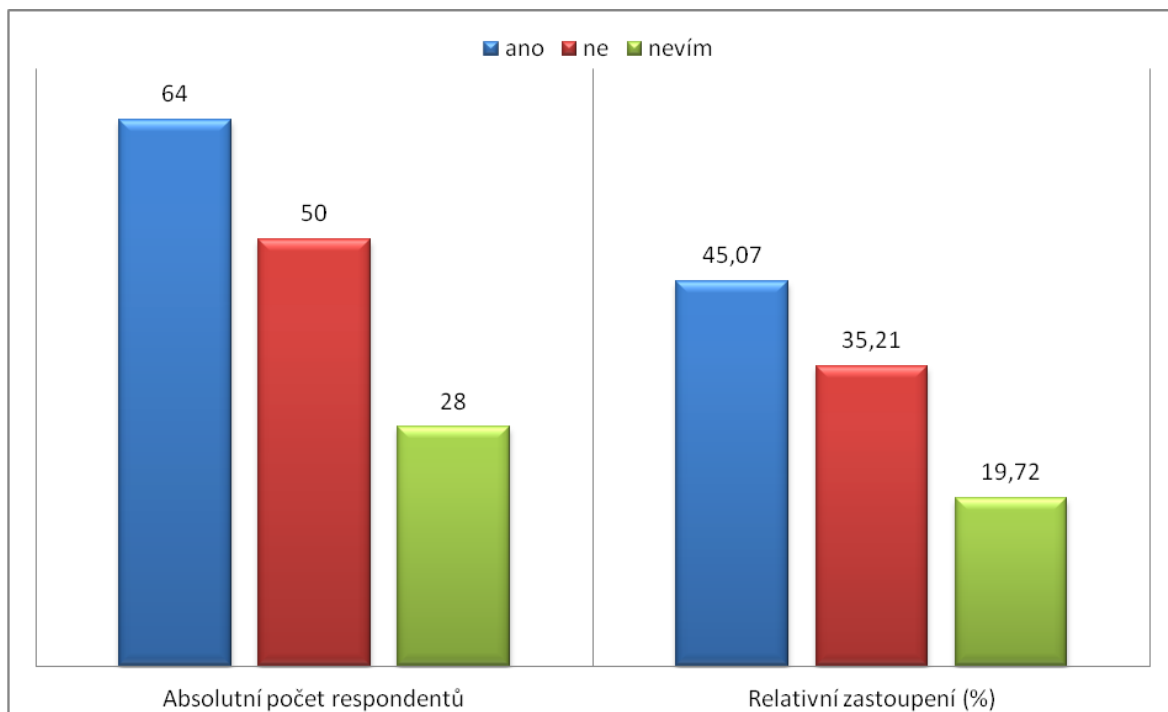
Otázka č. 12: Která škála bolesti Vám připadá nejlepší pro správné zhodnocení bolesti nemocných na vašem oddělení – interní oddělení JIP?



Graf č. 12: Nejvhodnější testovací škála pro JIP

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestrám na JIP v počtu **51 (35,92 %)** pro hodnocení intenzity bolesti u nemocných připadá nejvhodnější **číselná hodnotící škála**. **Slovní stupnice** připadá vhodná **32 (22,54 %)** sestrám, **VAS (vizuální analogová škála)** se jeví jako vhodná pro JIP **24 (16,90 %)** sestrám. **Výrazová škála (obličej)** je vhodná podle **21 (14,79 %)** sester, **mapu bolesti** by na JIP volilo **7 (4,93 %)** sester. Jako **kombinaci škál** by na JIP volilo jako nejvhodnější **2 (1,41 %)** sestry. Jedna uvedla, že na JIP je nejvhodnější používat kombinaci škál, a to číselné a výrazové. Druhá sestra by volila kombinaci číselné a slovní škály. Pro hodnocení bolesti u nemocných na JIP si myslí **5 (3,52 %)** sester, že **ani jedna z daných testovacích škál** není vhodná. Jinou odpověď neuvedla žádná sestra.

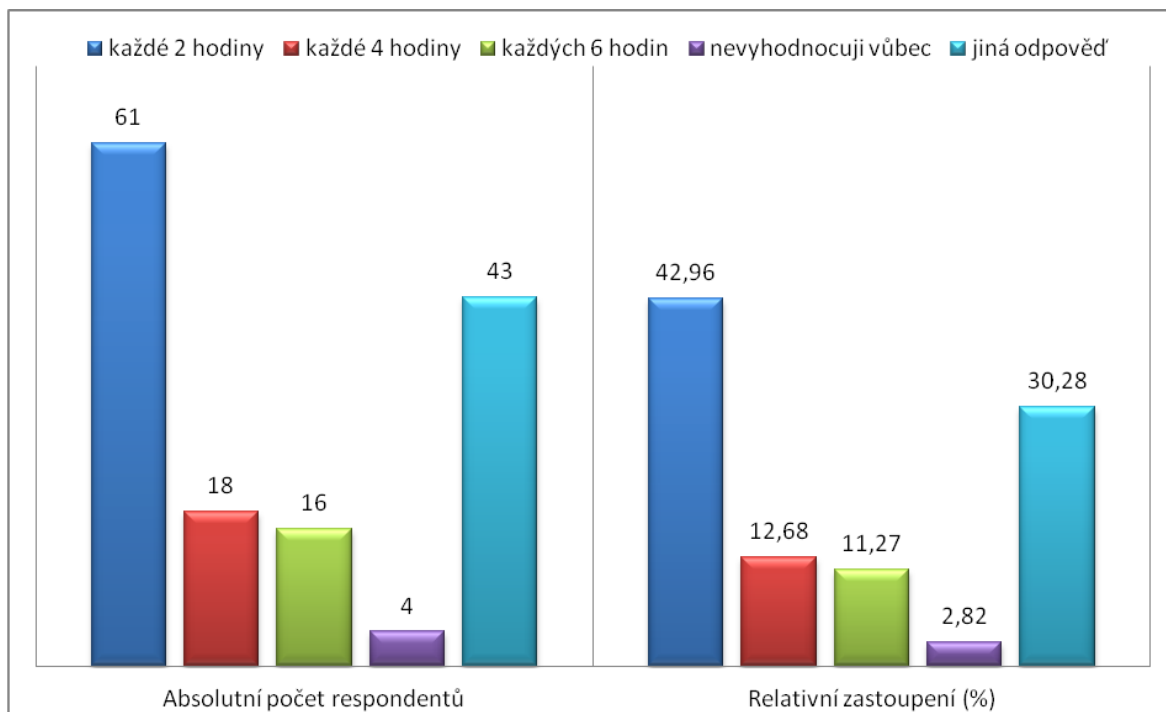
Otázka č. 13: Máte k dispozici platný standard ošetrovatelské péče týkající se vašeho oddělení, který se zabývá péčí o nemocné s bolestí pro interní JIP?



Graf č. 13: Standard hodnocení bolesti

Ze šetření vyplývá, že nejpočetnější skupina sester v počtu **64 (45,07 %)** **má** na svém oddělení platný standard ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí. Sester, které na svém pracovišti **nemá** platný standard, bylo **50 (35,21 %)**. O tom, jestli mají na svém oddělení JIP platný standard **neví 28 (19,72 %)** sester.

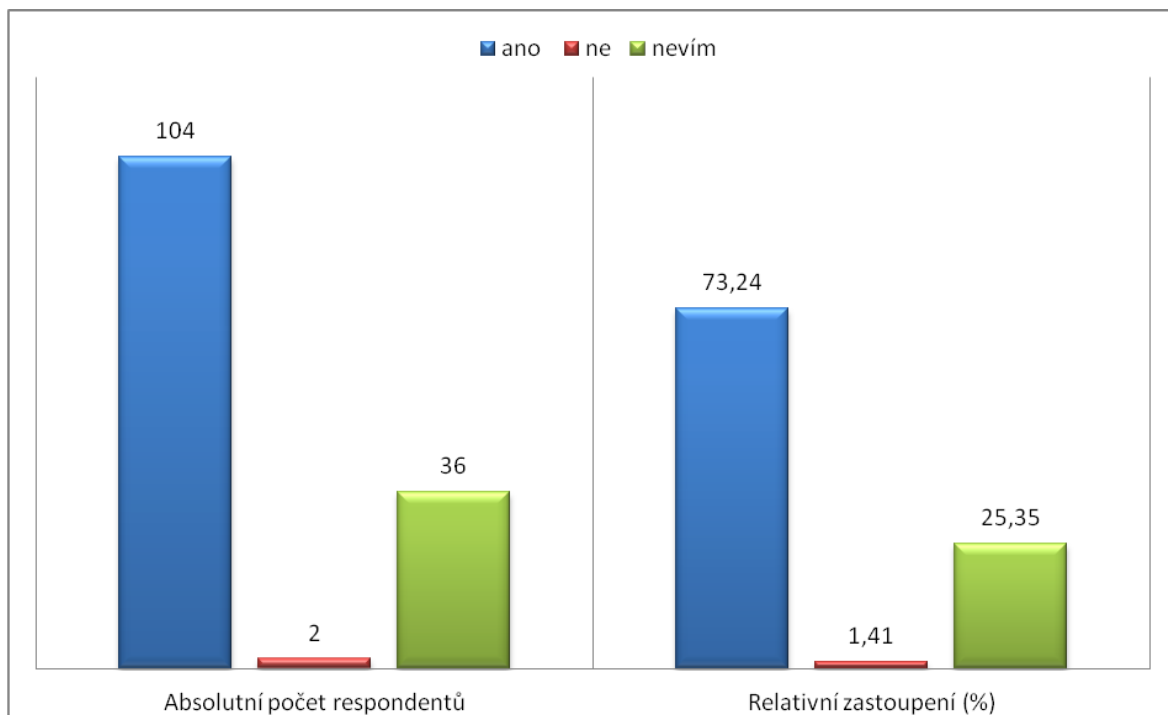
Graf č. 14: Když provedete intervenční opatření proti bolesti (v rámci svých kompetencí), v jaké frekvenci vyhodnocujete výsledný efekt?



Graf č. 14: Vyhodnocení výsledného efektu

Graf č. 14 ukazuje strukturu souboru, kde nejpočetnější skupina sester v počtu **61 (42,96 %)** vyhodnocuje v rámci svých kompetencí výsledný efekt po předchozích provedených intervenčních opatření, a to **každé 2 hodiny**. **Jinou odpověď**, nejčastěji se opakující uvedlo **43 (30,28 %)** sester, a to, že výsledný efekt vyhodnocují po 20 - 30 minutách. **Každé 4 hodiny** hodnotí efekt **18 (12,68 %)** sester, **po 6 hodinách** hodnotí **16 (11,27 %)** sester a výsledný efekt po provedení intervenčních opatření **vůbec nehodnotí 4 (2,82 %)** sestry.

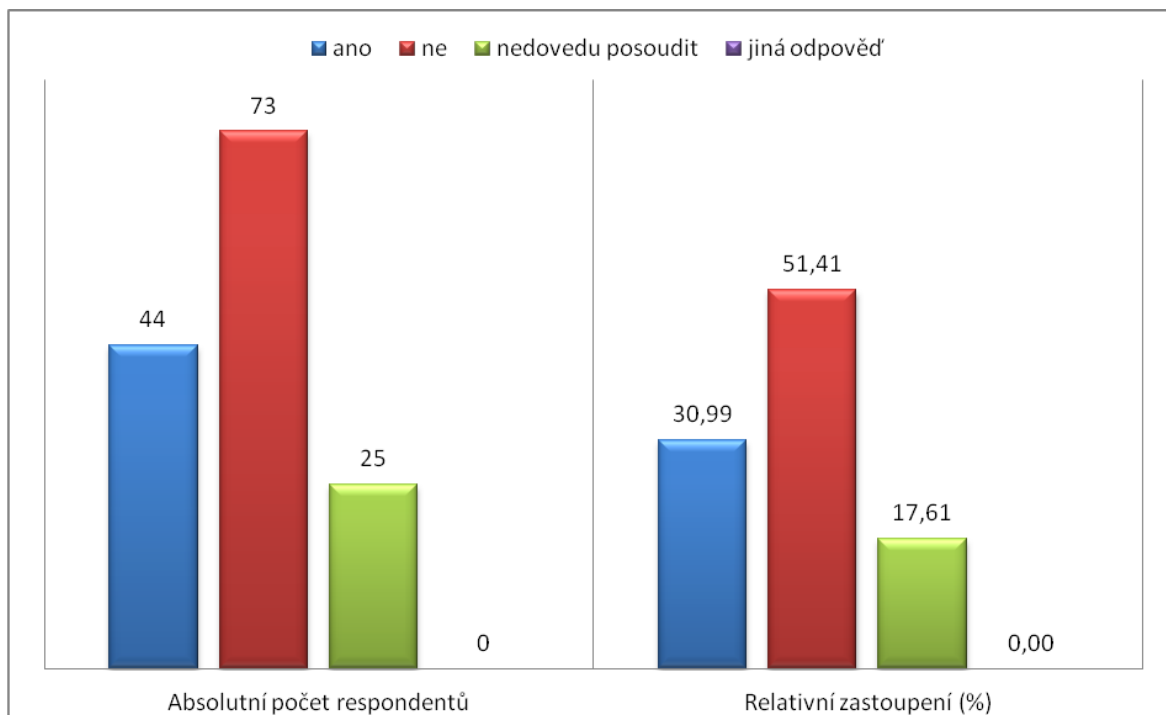
Otázka č. 15: Myslíte si, že se sestry na vašem oddělení aktivně zapojují do hodnocení bolesti?



Graf č. 15: Sestry a hodnocení bolesti

Ze šetření vyplývá, že nejvíce sester v počtu **104 (73,24 %)** si myslí, že se aktivně na svém pracovišti zapojují do hodnocení bolesti u nemocných. Toto tvrzení **nevědělo zhodnotit 36 (25,35 %)** sester. Dvě sestry (**1,41 %**) si myslí, že na svém pracovišti se aktivně nezapojují do hodnocení bolesti.

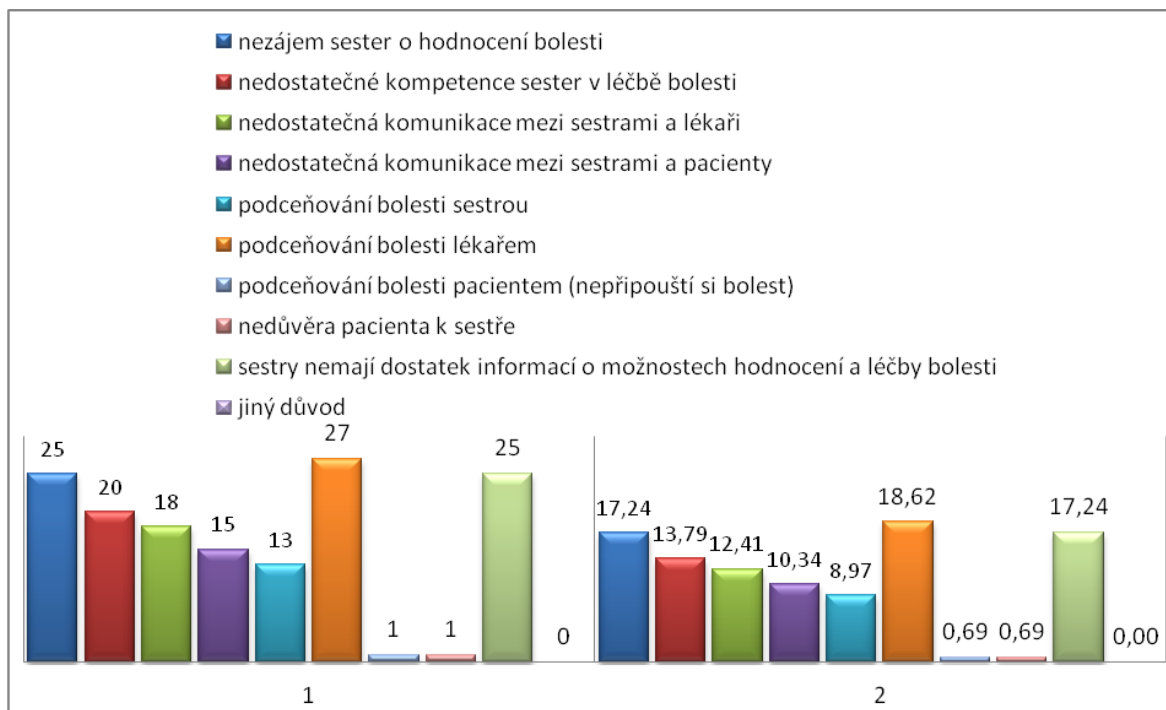
Otázka č. 16: Myslíte si, že je na vašem pracovišti hodnocení bolesti věnována dostatečná pozornost?



Graf č. 16: Hodnocení bolesti sestrami

Z výzkumného šetření překvapivě vyplývá, že si sestry v nadpoloviční většině, a to v počtu **73 (51,41 %)** myslí, že bolesti na jejich pracovišti **není věnována dostatečná pozornost**. **44 (30,99 %)** sester si myslí, že u nich na pracovišti **je bolesti věnována dostatečná pozornost**. Toto tvrzení **nevědělo posoudit 25 (17,61 %)** sester. Jinou odpověď si nevybrala žádná sestra.

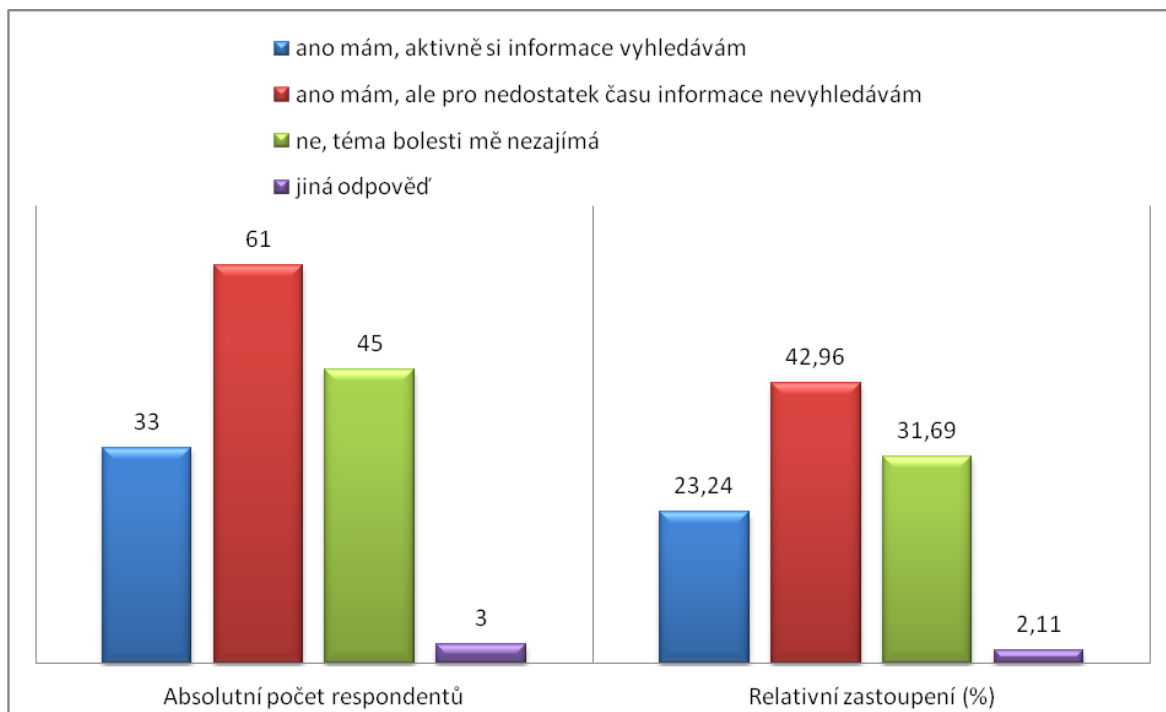
Otázka č. 17: Co je podle Vás příčinou nedostatečného zájmu o hodnocení bolesti na vašem oddělení?



Graf č. 17: Příčina nedostatečného zájmu o hodnocení bolesti

Ze šetření vyplývá, že sestry ve větším zastoupení, a to v počtu **27 (18,62 %)** uvedly, jako nejčastější příčinu nedostatečného zájmu v hodnocení bolesti na svém pracovišti **podceňování bolesti lékařem**, následuje **nezájem sester o hodnocení bolesti**, a to počtem **25 (17,24 %)** sester, o nedostateku informací v oblasti léčby bolesti si myslí stejný počet sester, tedy **25 (17,24 %)**, o **nedostateku kompetencí sester v léčbě bolesti** si myslí **20 (13,79 %)** sester, **nedostatečnou komunikaci mezi sestrami a lékaři** si myslí **18 (12,41 %)** sester, **nedostatečnou komunikaci mezi sestrami a pacienty** si myslí **15 (10,34 %)** sester, **podceňování bolesti sestrou** si myslí **13 (8,97 %)** sester a **jedna sestra (0,69 %)** si myslí, že problém je v **podceňování bolesti pacientem (nepřipouští si bolest)** a **jedna sestra (0,69 %)** uvedla jako příčinu **nedůvěru pacienta k sestře**. Jako jiný důvod si nevybrala žádná sestra.

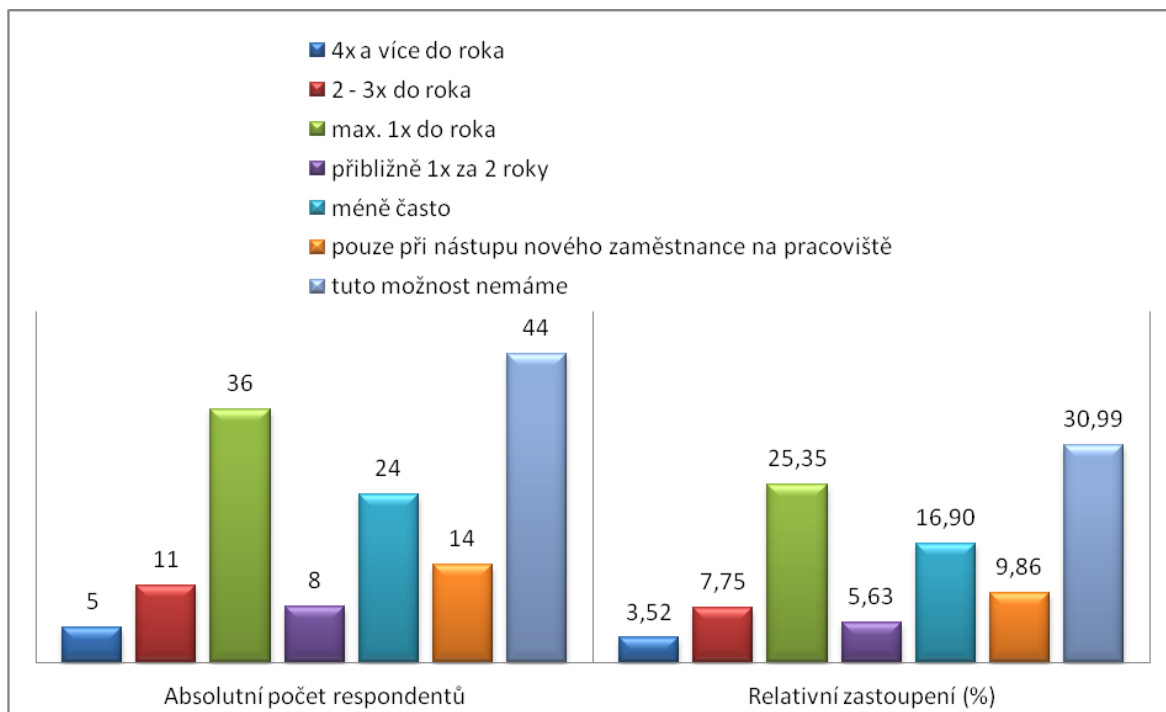
Otázka č. 18: Máte zájem si více prohloubit znalosti z oblasti hodnocení a léčby bolesti?



Graf č. 18: Zájem sester o nové znalosti v léčbě bolesti

Graf č. 18 ukazuje strukturu souboru, kde nejvíce sester **61 (42,96 %)** má zájem, **ale pro nedostatek času informace nevyhledávají**. Téma bolesti **vůbec nezajímá 45 (31,69 %)** sester. Těch, které **zájem mají a informace si aktivně vyhledávají** bylo **33 (23,24 %)** sester. Jako **jinou odpověď** uvedly **3 (2,11 %)** sestry. Jedna sestra si myslí, že své informace ohledně hodnocení a léčby bolesti považuje za dostatečné. Druhá považuje další vzdělávání ohledně bolesti za zbytečnost a ztrátu času, ale zároveň přiznává, že to po ní nikdo z managementu nemocnice nepožaduje. Třetí sestra nemá k prohlubování vědomostí v oblasti léčby bolesti žádnou motivaci.

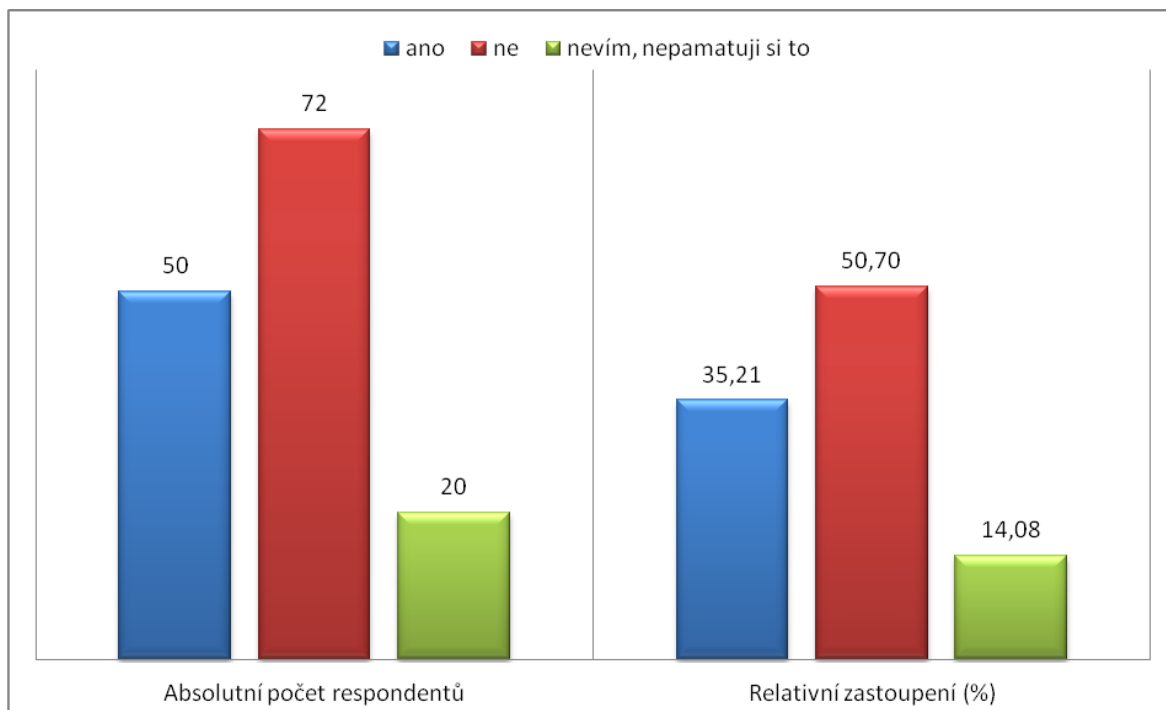
Otázka č. 19: Jak často máte možnost se účastnit ve vašem zdravotnickém zařízení školení týkající se péče o pacienty s bolestí?



Graf č. 19: Možnosti ve školení sester

Z výzkumného šetření vyplývá, že největší skupina sester v počtu **44 (30,99 %)** nemá možnost se účastnit školení ohledně péče o pacienty s bolestí ve svém zdravotnickém zařízení. **36 (25,35 %)** sester má možnost školení **maximálně 1x do roka**, **24 (16,90 %)** sester školení má, ale méně často, **14 (9,86 %)** sester má školení, týkající se péče o pacienta s bolestí, **pouze při nástupu nového zaměstnance na pracoviště**. **11 (7,75 %)** sester má možnost **2 - 3x do roka**, **8 (5,63 %)** sester může školení využít **přibližně 1x za 2 roky** a **5 (3,52 %)** sester má možnost školení **4x a více do roka**.

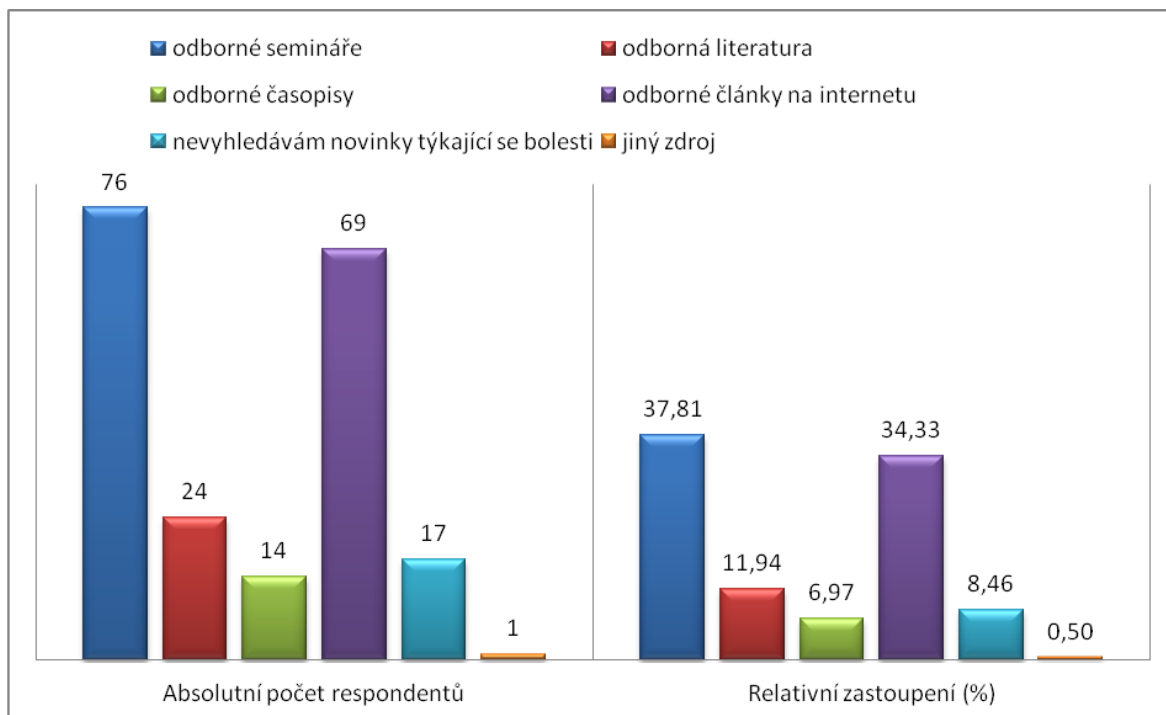
Otázka č. 20: Zúčastnil/a jste se v průběhu posledních 2 let semináře, přednášky nebo kurzu věnujícímu se léčbě bolesti?



Graf č. 20: Účast sester na seminářích o bolesti

Ze šetření vyplývá, že nejčetnější skupina sester v počtu **72 (50,70%)** se za poslední 2 roky nezúčastnila žádného semináře, přednášky nebo kurzu, věnujícímu se léčbě bolesti, **50 (35,21 %)** sester se zúčastnilo nějakého semináře, přednášky nebo kurzu a **20 (14,08 %)** sester si nepamatovalo, zda se něčeho takového účastnily.

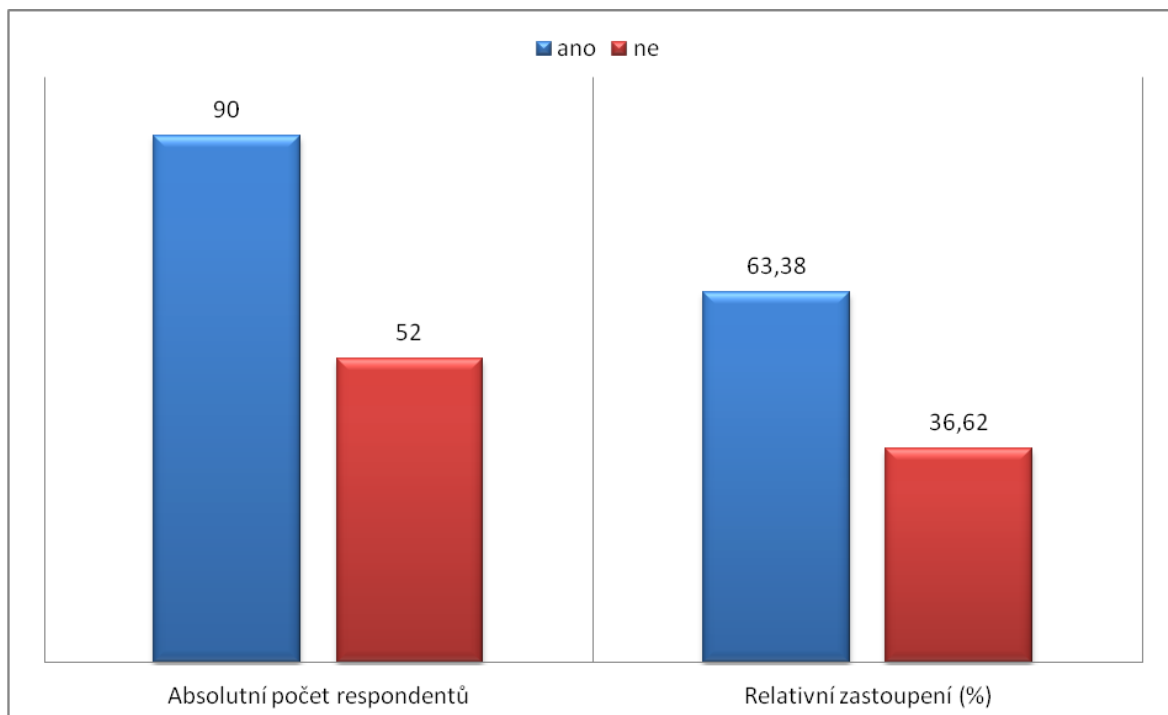
Otázka č. 21: Jaké zdroje v získávání nových vědeckých poznatků, týkající se bolesti, preferujete?



Graf č. 21: Novinky pro sestry o bolesti

Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce sester v počtu **76 (37,81 %)** preferuje v získávání nových vědeckých poznatků **odborné semináře**, **69 (34,33 %)** sester využívá **odborné články na internetu**, **24 (11,94 %)** sester používá **odbornou literaturu**, **žádné novinky nevyhledává 17 (8,46 %)** sester, **odborné časopisy** využívá **14 (6,97 %)** sester. Jako **jiný zdroj** získávání nových informací o bolesti uvedla **jedna (0,50 %)** sestra, která označila zkušenosti svých starších kolegů za nejlepší zdroj v získávání nových poznatků, týkajících se bolesti.

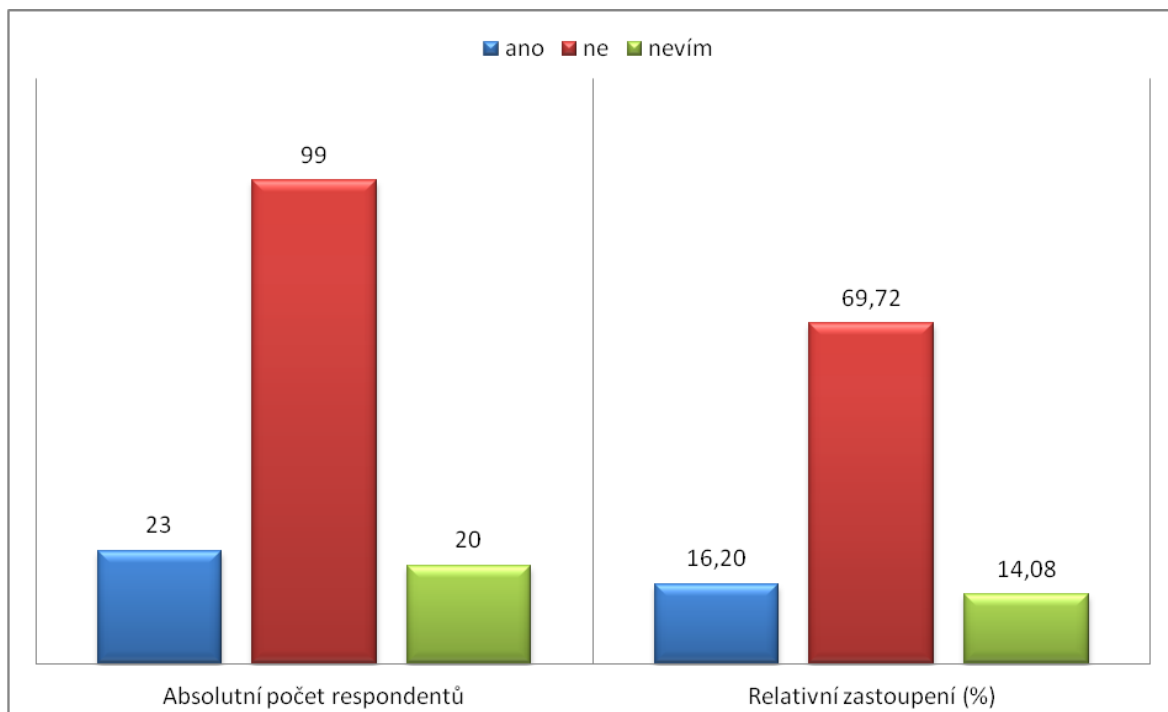
Otázka č. 22: Znáte nějaké pracoviště, které se specializuje na léčbu chronické bolesti?



Graf č. 22: Pracoviště chronické bolesti.

Graf č. 22 ukazuje strukturu souboru, kde až **90 (63,38 %)** sester ví o pracovištích pro léčbu chronických bolestí. Nejčastějším pracovištěm byla sestrami uváděna ambulance bolesti ve VFN Karlovo náměstí a ve FN Motol v Praze. O pracovištích pro léčbu chronických bolestí neví **52 (36,62 %)** sester.

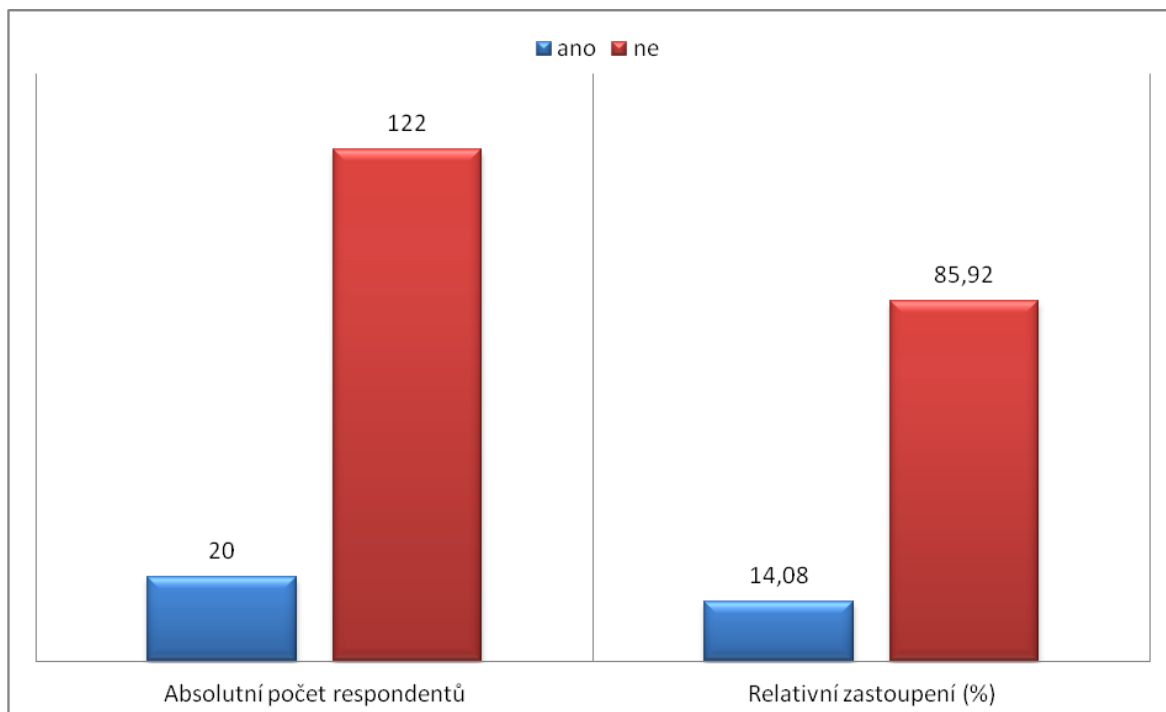
Otázka č. 23: Využíváte Vy osobně při své práci nabídku těchto specializovaných pracovišť pro konzultační či jinou odbornou činnost v této oblasti?



Graf č. 23: Využití konzultací sester s pracovišti bolesti

Ze šetření vyplývá, že nejvíce sester v počtu **99 (69,72 %)** nevyužívá při své práci konzultace těchto speciálních pracovišť. **23 (16,20 %)** sester využívá těchto konzultací při své práci a **20 (14,08 %)** sester nevědělo, jestli konzultace využívá.

Otázka č. 24: Máte návrh na změnu hodnocení a sledování bolesti na vašem pracovišti?



Graf č. 24: Návrh na změnu hodnocení bolesti na vlastním pracovišti.

Z výzkumného šetření vyplývá, že v nadpočetní skupině **122 (85,92 %)** sester se **nevyjádřilo** na změnu hodnocení bolesti na svém pracovišti. Svůj názor na změnu hodnocení vyjádřilo pouze **20 (14,08 %)** sester. Uvedly více možností, já jsem z nich vybrala ty nejčastěji se opakující:

- 10 sester uvedlo nevšímavost lékařů, požadují zvýšené úsilí lékařů do zapojení hodnocení bolesti u nemocných
- 5 sester by uvítalo přítomnost edukační sestry pro bolest na svém pracovišti
- 3 sestry uvedly nedostatečný počet odborních seminářů, kurzů a dalšího vzdělávání, věnující se tomuto tématu
- 2 sestry by uvítaly větší časový prostor pro komunikaci s nemocnými s bolestí

12. Diskuse nad výsledky

Provedený výzkum hodnocení a sledování bolesti u nemocných zahrnoval dotazníkové šetření u statistického souboru sester, pracujících na JIP interních oddělení (FTNsP, VFN, MOTOL, ÚVN v Praze a v Městské nemocnici v Litoměřicích). Statistický soubor tvořilo 142 sester. Daný soubor zahrnoval respondenty obojího pohlaví v počtu 140 žen a 2 mužů. Do šetření bylo vybráno sice celkem 150 sester, ale 8 sester dotazníky nevyplnilo správně, proto musely být ze šetření vyřazeny. Konečný počet 142 sester bylo považováno za 100 % zkoumaného vzorku. Jsem spokojena s tím, že se mi vrátil plný počet dotazníků. Významnou zásluhu na tom mají především vrchní sestry jednotlivých klinik, které pečlivě rozdaly a následně sesbíraly dotazníky od svých sester. Za nedostatek považuji hlavně to, že mi 8 sester nevyplnilo dotazník správně. Problémem mohla být podle mě především špatná instruktáž. Dotazníkem byly zjišťovány jejich názory a postoje, které se v této části pokusím konfrontovat s některými odpověďmi v obdobném výzkumném šetření, který probíhal v roce 2009 na téma „*Přípravenost sester pro hodnocení bolesti*“ vedené sestrou Neužilovou z Masarykovy Univerzity v Brně.

Dle věku byl zkoumaný soubor rozdělen do pěti skupin. Nejčtenější byly podle očekávání skupiny „nejmladších“ sester, které byly zastoupeny sestrami ve věku od 26 do 35 let (55 %) a sestrami od 18 do 25 let věku (25 %). Nejméně byla podle předpokladu zastoupena věková skupina nad 56 let, a to pouze jednou sestrou (0,70 %). Zjišťování pohlaví mezi sestrami jen potvrdilo, že podstatně převažující skupinou sester, pracujících na JIP interních oddělení, jsou ženy (99 %). Muži byli zastoupeni pouze 1 %. Vzdělání sester u našeho zkoumaného vzorku bylo nejčastěji zastoupeno absolventkami pomaturitního specializačního studia (PSS) v počtu celkem 35 % sester, klasickou střední školu s maturitou (SŽS) absolvovalo 30 % sester, vyšší odbornou školu mělo ukončenu 17 % sester. Minimální počet vybraných sester absolvovalo vysokou školu (devatenáct bakalářek - 13 % a sedm magister - 5 %). Z toho usuzuji, že náš vzorek sester, pracujících na JIP interních oddělení splňuje kvalifikační požadavky pro specifickou práci těchto oddělení.

Zjišťovaná délka praxe jen potvrdila předchozí věkové zastoupení, kdy nejpočetnější skupinou byly sestry s praxí od 6 do 10 let (37 %) a od 11 do 20 let (30 %). Nejméně bylo sester s praxí nad 21 let (11 %) a do 5 let (22 %).

Naše výzkumné šetření bylo zaměřeno na hodnocení bolesti u nemocných sestrami. Ty uváděly, že se na svých pracovištích nejčastěji setkávají s bolestí akutní (85 %) a chronickou (60 %). V odpovědích na otázku, jestli se ptají na bolest u nemocných během své služby, udávaly sestry na prvním místě dotazování na bolest u všech pacientů, které mají během služby na starost (65 %) a pak pouze u těch, o kterých si myslí, že mají bolesti (21 %). Sester, které uvedly, že se pro nedostatek času neptají, byly pouze (2 %) a těch, které k tomu přistupují pokaždé jinak podle okolností daného dne, bylo (10 %). Dvě sestry uvedly svůj názor: jedna z nich se pacienta na bolest ptá jenom za přítomnosti příbuzných nemocného, druhá se dotazuje pouze z důvodu dodržování standardů. Většina sester (36 %) zaznamenává hodnocení bolesti u nemocných do jejich denních dekurzů a 28 % sester vede samostatný záznam bolesti. Obojí, tedy dekurz i záznam využívá 31 % sester. Hodnocení bolesti vůbec nezaznamenávají 4 % sester a jedna (0,70 %) uvedla, že neví, kam má hodnocení bolesti u pacientů zaznamenávat. Téměř polovina sester konstatuje, že jim záznam hodnocení bolesti plně vyhovuje a nemají k němu žádných výhrad. 29 % sester uvedlo, že na svém pracovišti záznam vůbec nepoužívá, nevědělo jej zhodnotit 13 % sester. Pouze 4 % uvedly, že mají k záznamu malé výhrady, a to především ve složitosti jeho vedení. Stejně procento sester využilo možnost vyjádření vlastního názoru, ve kterém se překvapivě shodly na zbytečnosti vedení jakéhokoliv záznamu hodnocení bolesti u pacientů na JIP interních oddělení.

Sestry se dále vyjadřovaly, jakým způsobem hodnotí intenzitu bolesti u pacientů. Odpovídaly, že nejčastěji využívají některou z testovacích škál (56 %), na základě vlastních zkušeností intenzitu bolesti pozná 39 % sester a těch, které bolest vůbec nehodnotí, byly 4 %. Odpověď na otázku nejčastěji používané škály pro hodnocení bolesti většina sester uvedla číselnou hodnotící škálu (35 %), v menším počtu užívají sestry škálu výrazovou - obličej (23 %), následuje v počtu 20 % sester používání VAS (vizuální analogové škály) a slovní stupnici užívá 16 % sester. Využití mapy bolesti v praxi uvedly pouze 4 sestry a kombinaci škál užívají jenom dvě sestry (jedna uvedla kombinaci slovní s mapou bolesti, druhá označila VAS s číselnou škálou). Nejmenší je zastoupení sester,

které k hodnocení intenzity bolesti nevyužívají žádnou z uvedených škál. Jako nejvhodnější škála pro pracoviště JIP sestrám připadá číselná (36 %), další vhodnou je podle nich slovní stupnice (23 %) a výrazovou (obličej) uvedlo 15 % sester. Mapu bolesti, která podle odborníků nejlépe vystihuje intenzitu bolesti, by v praxi na JIP volilo pouze sedm sester. Kombinace škál připadá nejlepší pro správné zhodnocení bolesti u pacientů na JIP jen dvěma sestrám (jedna uvedla kombinaci číselné s výrazovou, druhá číselnou se slovní). Pět sestrám nepřipadá žádná z výše uvedených testovacích škál nejlepší pro zhodnocení bolesti u nemocných na svých pracovištích.

Platný standard ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí, týkající se pracovišť sester, byl další položkou zadanou zkoumanému souboru. Sestry v zastoupení 45 % uvedly, že mají na svém pracovišti platný standard managementu bolesti. Překvapivé je, že 35 % sester nemají a 20 % sester ani neví, jestli mají standard nebo nemají. Tento výsledek nás nepotěšil, protože právě sestry, které pečují o nemocné s bolestí a které by měly znát standardy, je ve velkém zastoupení vůbec nemá a další vysoké procentuální zastoupení sester neví, jestli má či nemá standard managementu bolesti na svém pracovišti.

Většina sester po provedení intervenčních opatření proti bolesti, v rámci svých kompetencí, vyhodnocuje výsledný efekt každé dvě hodiny (43 %), vyjádření svého názoru využilo 30 % sester, které nejčastěji uvedly po 20 až 30 minutách, po 4 hodinách vyhodnocuje výsledný efekt 13 % sester, po 6 hodinách 11 % a pouze čtyři sestry uvedly, že výsledný efekt po provedených opatřeních vůbec nehodnotí.

Zkoumaný vzorek vybraných sester se v nadpolovičním počtu 73 % aktivně na svém pracovišti zapojuje do hodnocení bolesti u nemocných, třetina sester neumí zhodnotit svoji aktivitu ohledně svého zapojení a pouze dvě sestry uvedly svoji neaktivitu. V tomto směru hodnotí sestry kladně, protože i přes určité nedostatky pravděpodobně odvádějí svoji práci profesionálně a přinášejí do svého týmu důležité informace o nemocných s bolestí. Zjištění, zda je na pracovištích zkoumaného vzorku vybraných sester věnována dostatečná pozornost hodnocení bolesti u nemocných, u nadpoloviční většiny z nich (51 %) byla odpověď záporného charakteru, kladné vyjádření uvedlo 31 % sester a stav hodnocení bolesti na svém pracovišti neumělo posoudit 18 % sester. Z odborné literatury víme, že bolest je celosvětově nedostatečně léčena, proto tento výsledek není nějak překvapivým.

Jenom jím můžeme potvrdit již zjištěné fakta. V následující otázce mohly sestry označovat více odpovědí. Podle sester je nejčastější příčinou nedostatečného zájmu o hodnocení bolesti na pracovištích JIP podceňování bolesti lékařem (19 %), s menším rozdílem je příčinou nezájem sester a ve stejném počtu uvedly, že sestry nemají dostatek informací o možnostech hodnocení a léčby bolesti 17 %, to, že sestry nemají dostatečné kompetence, uvedlo 14 %, další z příčin sestry označily nedostatečnou komunikaci mezi sestrou a lékařem (12 %), nedostatečnou uvedly ovšem také mezi sestrou a pacientem (10 %), to, že sestry podceňují bolest u pacientů zhodnotilo 9 % a dvě sestry uvedly podceňování bolesti pacientem (nepřipouští si bolest) a nedůvěra pacienta k sestře.

Další položka v dotazníku se týkala zájmu rozšiřování vědomostí z oblasti hodnocení a léčby bolesti, kde nejčetnější skupinu tvořily sestry, které mají zájem, ale nemají dostatek času na informace (43 %). Téma bolesti nezajímá až 32 % sester, což je velmi zážející, protože právě sestra by měla v rámci komplexní ošetrovatelské péče o pacienta umět uspokojit jeho potřeby, tedy i potřebu být bez bolesti. Jenom dostatečně vzdělaná sestra může umět řešit problémy nemocného. Pokud se sestra nevzdělává dále ve svém oboru, nemůže ani dostatečně pomáhat svým pacientům. V navazující otázce nás zajímaly možnosti sester účastnit se ve svém zdravotnickém zařízení školení týkající se péče o pacienty s bolestí. Více než třetina sester (31 %) uvedla, že tuto možnost nemají, 25 % sester uvedlo školení pořádané maximálně 1x do roka, méně často má 16 % sester, školení pouze při nástupu nového zaměstnance na pracoviště uvedlo 10 %, 2x až 3x do roka 8 %, školení 1x za 2 roky 6 % sester a 4 % uvedly možnost 4x a více v jednom roku. V otázce pro náš zkoumaný soubor o účasti za poslední 2 roky na semináři, kurzu nebo přednášce, věnujícímu se léčbě bolesti, více než polovina sester (51 %) uvedly svoji neúčast, absolvování si nepamatovalo 14 % sester a svoji účast uvedlo pouze 20 % sester. Tyto výsledky mě utvrzují v domněnku, že nedostatečné vědomosti a hlavně nezájem sester v oblasti léčby bolesti v konečném důsledku snižují kvalitu ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí. Nejčastějším zdrojem v získávání nových poznatků týkající se bolesti, sestry uvedly semináře (38 %), méně odborné články na internetu (34 %) a odbornou literaturu (12 %) sester. Informace nevyhledává 8 % sester, odborné časopisy má v oblibě 7 % sester. Jedna sestra dokonce uvedla, že považuje za nejlepší zdroj informací zkušenosti svých starších kolegů.

Pro zvládání některých chronických bolestí je potřebná trvalá péče, poskytovaná specializačními pracovišti nebo alespoň konzultována s těmito odborníky. Podstatou je i tady zcela fungující týmová spolupráce. Z výsledků šetření jsme zjistily, že největší skupina sester (63 %) ví o nějakém speciálním pracovišti. Nejčastěji uváděné byly ambulance bolesti ve VFN Karlovo náměstí a ve FN Motol v Praze. Zcela neznámou jsou tyto pracoviště pro 37 % sester. 70 % sester nikdy nespolupracovalo ani nekonzultovalo centra bolesti, ambulance nebo jiné odborníky pro léčbu bolesti. Pouze 16 % sester uvedlo, že konzultaci těchto pracovišť již využilo při své práci a 14 % sester nevědělo, jestli tuto možnost někdy využily.

Poslední otázka v dotazníku byla otevřená a sestry zde měly možnost uvést svůj vlastní názor na změnu hodnocení bolesti na svém pracovišti. Nadále trvající nezájem o téma bolesti se mi potvrzuje i v této položce. Problém s bolestí nechce řešit až 86 % sester. Nepodstatná část (14 %) sester uvedla svůj názor. Jejich názory uvádím zde:

- 10 sester uvedlo nevšimavost lékařů, jejich větší zapojení v léčbě bolesti
- 5 sester by uvítalo přítomnost edukační sestry pro bolest na svém pracovišti
- 3 sestry uvedly nedostatek odborných seminářů a školení věnující se bolesti
- 2 sestry by uvítaly více času pro nemocné s bolestí

Ve svém výzkumném šetření jsem měla možnost srovnat zjištěná data s výsledky šetření sestry Jany Neužilové z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, která výzkum prováděla mezi sestrami FN Brno v roce 2009. Téma její bakalářské práce bylo: „Připravenost sester pro hodnocení bolesti“. Neužilová rozdala mezi vybraný soubor sester celkem 150 dotazníků, návratnost byla 130 (86,66 %), 15 (10,00 %) z nich musela pro neúplnost z hodnocení vyřadit, takže výsledky jsou zpracovány ze 115 (76,66 %), které jsou dále považovány za 100 %. Ve svém šetření jsem také rozdala 150 dotazníků, návratnost byla 150 (100 %), ale pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno 8 (7,02 %) dotazníků, takže výsledky jsem zpracovávala ze 142 (83,53 %), které jsem dále považovala za 100 %. Výzkumný vzorek sestry Neužilové tvořily sestry u lůžka, v ambulancích a na dětských odděleních (ARO, Geriatrie, Interna, Gynekologie, Chirurgie, Pediatrie,

Neurologie a Onkologie), takže pracovní zařazení respondentů je jednoznačně odlišné od mého zkoumaného souboru sester pracujících na JIP interních oddělení.

Z mého šetření vyplynulo, že sestry se nejčastěji na svém pracovišti setkávají s akutní bolestí (85 %) a chronickou (60 %). Dle Neužilové se nejčastěji sestry setkávají na svých pracovištích s akutní bolestí (36 %) a s bolestí chronickou (21 %). V této části šetření se naše výsledky shodují, ovšem počet sester se neshoduje z důvodu rozdílného zastoupení.

V otázce zaznamenávání bolesti u nemocného odpovědělo nejvíce sester v mém šetření do denního dekurzu pacienta (36 %). Dle Neužilové nejvíce sester (61 %) uvedlo zaznamenávání bolesti do denního záznamu nemocného (37 %). V této otázce nám výsledky korespondují, ovšem zastoupení sester není shodné z důvodu rozdílného počtu.

Jako nejpoužívanější testovací škálu k hodnocení intenzity bolesti u nemocných uvedly v mém šetření sestry (35 %) číselnou škálu. V otázce, jestli mají sestry na svých pracovištích platný standard ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí odpovědělo kladně 45 % sester. Neužilová má ve své práci podobně zaměřené otázky. Dle ní sestry jako nejpoužívanější škálou k hodnocení bolesti uvedly v počtu 42 % číselnou škálu. Na otázku, platného standardu pro ošetrovatelskou péči o nemocné s bolestí na svých pracovištích kladně uvedlo 54 %. Výsledky mého šetření korespondují s výsledky šetření sestry Neužilové, což svědčí o tom, že respondenti nejčastěji volí k hodnocení bolesti u nemocných číselnou hodnotící škálu a na svých odděleních mají k dispozici platný standard ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí.

V mém šetření na otázku, jestli je na pracovištích bolest dostatečně léčena, uvedlo překvapivě nejvíce sester záporné odpovědi (51 %). Dle Neužilové sestry uváděly nejvíce kladných odpovědí (46 %). Výsledky mého šetření se v této otázce neshodují s výsledky sestry Neužilové. Jako nejčastější příčinu nedostatečného zájmu o hodnocení bolesti u nemocných na svém pracovišti nejvíce sester (17 %) uvedlo podceňování bolesti lékařem. K podobnému výsledku dospěla i Neužilová, která jako nejčastější příčinu uvádí nedůvěru pacienta k lékaři a lékaře k sestrám (26 %). Je až zarážející, že i po dvou letech provedení obdobného výzkumu, jaký provedla sestra Neužilová v roce 2009, nedošlo k výrazné pozitivní změně v oblasti hodnocení a léčby bolesti. Podle mého názoru příčina

spočívá hlavně v celkovém nedostatečném zájmu zdravotníků všech stupňů. Právě proto, že bolest se nedá změřit ani monitorovat přístroji a nejvíce informací nám může o bolesti přinést pouze profesionálně vedený rozhovor s nemocným, většina zdravotníků bolest správně nehodnotí, neprojevuje zájem o léčbu bolesti, dokonce někteří zastávají názor, že je to vše zcela zbytečné. Tento názor by zdravotníci neměli vůbec vyslovovat, protože my jsme si vybrali toto náročné povolání. Jsme to my, sestry, které máme být nejbližším spolupracovníkem pacienta v ošetrovatelském procesu. Pokud sestra dokáže uspokojovat veškeré zbylé potřeby nemocného, tak proč zrovna bolesti je věnována tak malá pozornost? Všechny jsme se již s bolestí setkaly, ať už osobně z vlastní zkušenosti, nebo v pracovním procesu. Zajímavé je, že když se jedná o vlastní bolest, zaujímáme k ní jiný postoj než k bolesti cizích. Je těžké najít odpověď, proč tomu tak je. Možná proto, že se nejedná o naši bolest. Podle mě by měli zdravotníci projevovat více zájmu a empatie ve vztahu k nemocnému s bolestí. Naše péče o něj by měla být profesionální, přinést mu úlevu od bolesti a zvýšit tak kvalitu jeho života.

Po vymezení cílů a hypotéz pomocí výzkumného šetření anonymní dotazníkovou metodou jsem došla k tomuto závěru:

H1: Předpokládám, že názory sester v oblasti sledování a hodnocení bolesti pacientů, budou na jednotlivých JIP interních oddělení rozdílné, a to s ohledem na specifické zaměření pracoviště, ale nebudou ovlivněny délkou praxe zdravotních sester ve zdravotnictví. K této hypotéze se vztahují otázky č. 7 - 17. Hypotéza byla potvrzena.

H2: Domnívám se, že bolest u pacientů na vybraných JIP interních oddělení je pravidelně sledována a vyhodnocována, přičemž předpokládám, že v praxi jsou používány různé měřicí škály v hodnocení bolesti, ale neexistuje jednotný doporučený postup pro všechny interní oddělení JIP. Tato hypotéza potvrzuje otázky č. 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 24. Hypotéza byla potvrzena částečně.

H3: Předpokládám, že si sestry na jednotlivých JIP interních oddělení pravidelně zjišťují nové poznatky ve sledování, hodnocení a léčbě bolesti a zároveň se domnívám, že nejčastějším zdrojem nových informací budou odborné články na internetu, nikoliv

však pravidelná a systematická školení realizována zaměstnavatelem. K této hypotéze se vážou otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23. Hypotéza se nepotvrdila.

13. Doporučení pro praxi

Na základě uvedených analýz výsledků výzkumného šetření uvádím opatření pro praxi, která by měla přispět ke zvýšení kvality péče, a tím ke zlepšení hodnocení a sledování bolesti u nemocných, hospitalizovaných na interních odděleních JIP. Jak vyplývá z výzkumného šetření, nedostatky v této oblasti existují a je zapotřebí se jim věnovat.

Praktická doporučení:

- organizovat pravidelné odborné semináře, kurzy, přednášky věnující se péči o nemocné s bolestí pro sestry v rámci klinik jednotlivých zdravotnických zařízení v intervalu minimálně jedenkrát do roka
- při nástupu nového zaměstnance na pracoviště JIP doporučuji absolvovat školení již během adaptačního procesu
- stanovit proškolený personál (edukační sestry), které by zabezpečovaly odbornou edukaci nemocných s bolestí
- provádět pravidelné kontroly kvality péče o nemocné s bolestí prostřednictvím auditů zaměřených nejenom na kontrolu dokumentace, ale i přímé pozorování v klinické praxi
- organizovat více odborných seminářů na téma jak správně komunikovat s nemocnými, protože to je nejdůležitější krok k navázání důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem

Závěr

Předkládaná bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče v hodnocení a sledování intenzity bolesti u nemocných na JIP interních oddělení nemocničních zařízení. Sestry mají nezastupitelné místo v ošetrovatelském procesu o nemocné s bolestí, a proto právě jejich přístup a znalosti mohou zcela ovlivnit celkovou léčbu bolesti. První část práce byla věnována teoretickému popisu bolesti. Výzkumná část se věnovala výsledkům vlastního výzkumného šetření. Šetření bylo zaměřeno na přístup sester k hodnocení a sledování bolesti u nemocných. Z výpovědí sester jsem při detailní analýze zjistila závažné nedostatky, které jsem podrobně rozebrala v diskuzi nad výsledky a následně z nich vyvodila výše uvedená praktická doporučení pro praxi, která by měla přispět ke zvýšení péče o nemocné s bolestí. Má práce na JIP interní kliniky, kde se denně setkávám s nemocnými, mi dala základ praktických dovedností a studium na vysoké škole mi mnohem výrazněji rozšířilo teoretické znalosti, které mohu následně aplikovat při poskytování ošetrovatelské péče. Problematika bolesti je velice složitá a vyžaduje komplexní, individuální přístup ke každému jedinci. Proto se i na základě získaných výsledků z výzkumného šetření domnívám, že je důležitá přítomnost speciálně vyškolených edukačních sester na jednotlivých pracovištích JIP interních oddělení. Tyto sestry by měly přehled o dané problematice a jednak by měly pro nemocné dostatek času na rozhovor. Sestry se musí neustále nadále vzdělávat. Jenom dostatečně vzdělaná sestra tak může umět nemocnému pomoci vyřešit jeho problém. Právě vzdělání v hodnocení a léčbě bolesti bylo i v mém výzkumném šetření zcela zásadním problémem. Jako hlavní příčinu připisuji především nezájmu a nedostatku času sester v dalším vzdělávání ohledně hodnocení a léčby bolesti. Sestry by měly mít také dostatek motivace pro hodnocení a sledování bolesti u nemocných, o které pečují. Jednoznačně by sestry měly být více všímavé ke svému okolí, protože jenom tak můžou zachytit na první pohled neviditelné projevy bolesti u pacientů. Někteří nemocní svoji bolest tají a stydí se za ni, proto je důležité naučit se správné komunikaci, která je jakousi bránou k lepšímu poznání toho druhého a navozuje pocity důvěry. Také velkou pozornost musí sestry věnovat těm, kteří mají problém s komunikací, s vyjadřováním, např. senioři. Všichni zdravotníci musí nemocným jejich bolest věřit. Lhostejnost může de facto v konečném důsledku nemocného jenom poškodit. Je velmi znepokojující, že i v dnešní době, kdy nás moderní věda

a technika provází na každém kroku a bez níž se již neobejdeme, je právě bolest pořád nedostatečně léčena. Mnoho lidí tak zbytečně trápí bolesti a jejich život není kvalitní. Důraz by měl být kladen na pečlivou celosvětovou osvětu. Lidé by měli mít dostatek možných informací ohledně léčby bolesti. Zdravotníci by měli být speciálně školeni tak, aby pacientovi uměli také doporučit odborná pracoviště pro léčbu bolesti, nebo s nimi přímo konzultovali jeho stav, pokud jsou již všechny možnosti léčby vyčerpané. Toto jsou zásadní kroky ke zlepšení péče o nemocné s bolestí. Důležité je si uvědomit, že člověk je individuální bytost a jako k takové k ní také přistupovat. Těmito možnostmi můžeme, my sestry, přispět ke zvýšení kvality života nemocných.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

- 1) ALLAN, L., ZENZ, M. *Chronická bolest*. Praha: Galén, 1999. 67 s. ISBN 80-7262-084-3.
- 2) GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta, 2008. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
- 3) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1997. 192 s. ISBN 80-85824-54-X.
- 4) JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- 5) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 6) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 365 s. ISBN 1-58255-277-4.
- 7) KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IDVZP, 1992. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.
- 8) KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovateľství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 9) MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 10) MALZACK, R. *Záhada bolesti*. Praha: Avicenum, 1978. 188 s. ISBN 08-041-78.
- 11) MUHLBACHOVÁ, E. *Bolest a léky - moderní aspekty léčení bolesti*. Praha: UK Karolinum, 1991. 54 s. ISBN 80-7066-472-X.
- 12) NEŠPOR, K. *Bolest se dá zvládnout: Jak mírnit bolest vlastními silami*. Praha: Lidové noviny, 2003. 167 s. ISBN 80-7106-362-2.

- 13) NEUŽILOVÁ, Jana. *Přípravenost sester pro hodnocení bolesti*. Brno, 2009. 86 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita.
- 14) NOVÁKOVÁ, Šárka. *Bolest jako indikátor kvality péče*. Praha, 2005. 78 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova.
- 15) ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest*. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
- 16) SOAFER, B. *Bolest: Příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
- 17) SPOLEČNOST VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ ČLS JEP. Doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti. *Bolest - novelizace 2008*. 2008, 3, s. 24. ISBN 978-80-86998-23-7.
- 18) TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Mikadapress, 2004. 186 s. ISBN 57-851-02.
- 19) TROJAN, S. a kolektiv. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
- 20) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Odborné články:

- 21) KAŠPÁRKOVÁ, J. Chováme se k nemocným s bolestí správně aneb léčíme správně bolest? *Bolest*. 2006, 3, s. 153-155.
- 22) KOZÁK, J. Multidisciplinární přístup v léčbě bolesti. *Bolest - časopis pro studium a léčbu bolesti*. 1998, 2, s. 33, ISSN 1212-0634
- 23) ŽAMBOCHOVÁ, K.; ŘEHÁKOVÁ, K. Epidurální analgezie u chronické bolesti. *Sestra*. 2005, 6, s. 22.

Internet:

- 24) BENEŠOVÁ, S.; HORKÁ, E. *ZDN.CZ* [online]. 2001 [cit. 2011-10-05]. Léčba chronické a nepotlačitelné bolesti. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/lecba-chronicke-a-nepotlacitelne-bolesti-135550>>.
- 25) CARA, Di. *ZDN.CZ* [online]. 2005 [cit. 2011-10-09]. Kontinuální sledování akutní bolesti sestrou. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/kontinualni-sledovani-akutni-bolesti-sestrou-295729>>.
- 26) DUČAIOVÁ, J. *ZDN.CZ* [online]. 2011 [cit. 2011-10-05]. Etika bolesti a utrpení. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/etika-bolesti-a-utrpeni-460967>>.
- 27) HAKL, M. *Solen.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-10-06]. Léčba bolesti v ČR - chronická bolest a trendy v invazivních postupech. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2009/11/03.pdf>>.
- 28) MALÁ, R. *Denik.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-10-12]. Pooperační bolesti se začnou stávat minulostí. Dostupné z WWW: <http://www.denik.cz/z_domova/pooperacni-bolesti-se-zacnou-stavat-minulosti.html>.
- 29) NARAYAN, M.C. *Nursingcenter.com* [online]. 2010 [cit. 2011-07-24]. Culture's Effects on Pain Assessment and Management. Dostupné z WWW: <http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=996206>.
- 30) NAYAK, Sangeetha, et al. *Ccr.sagepub.com* [online]. 2000 [cit. 2011-07-24]. Culture and Gender Effects in Pain Beliefs and the Prediction of Pain Tolerance. Dostupné z WWW: <<http://ccr.sagepub.com/content/34/2/135.short>>.
- 31) NERADILEK, F. *Zdn.cz* [online]. 2007 [cit. 2011-10-06]. Rehabilitace a léčba bolesti. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/rehabilitace-a-lecba-bolesti-318786>>.

33) STROUHALOVÁ, L.; VRBA, I. *Tigis.cz* [online]. 1998 [cit. 2011-07-03]. Z historie bolesti. Dostupné z WWW:

<http://www.tigis.cz/images/stories/bolest/1998/3_1998/07_historie_bol_3-98.pdf>.

34) STROUHALOVÁ, L.; VRBA, I. *Tigis.cz* [online]. 1999 [cit. 2011-07-03]. Z historie bolesti - Řecko. Dostupné z WWW:

<http://www.tigis.cz/images/stories/bolest/1999/01/08_historie_bol_1-99.pdf>.

35) STROUHALOVÁ, L.; VRBA, I. *Tigis.cz* [online]. 1999 [cit. 2011-07-03]. Z historie bolesti - středověk. Dostupné z WWW:

<http://www.tigis.cz/images/stories/bolest/1999/04/11_historie_bolesti_bol_4-99.pdf>.

36) VRBA, I.; STROUHALOVÁ, L. *Tigis.cz* [online]. 1998 [cit. 2011-07-03]. Z historie bolesti - primitivní koncepce a terapie. Dostupné z WWW:

<http://www.tigis.cz/images/stories/bolest/1998/2_1998/10_historie_bol_2-98.pdf>.

37) VRBA, I.; STROUHALOVÁ, L. *Tigis.cz* [online]. 1998 [cit. 2011-07-03]. Z historie bolesti - starověké kultury. Dostupné z WWW:

<http://www.tigis.cz/images/stories/bolest/1999/04/11_historie_bolesti_bol_4-99.pdf>.

Seznam zkratek

ANS	autonomní nervový systém
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
APS	skupina pro léčbu bolesti
ARO, ARK	anesteziologicko-resuscitační oddělení (klinika)
FN	Fakultní nemocnice
FTNsP	Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
IASP	Mezinárodní společnost pro studium bolesti
ICN	Mezinárodní rada sester
JIP	jednotka intenzivní péče
např.	například
př. n. l.	před naším letopočtem
st.	století
tj.	to jest
tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
viz	lze vidět
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník pro sestry

Příloha B: Mapa bolesti

Příloha C: Ukázky škál hodnotících bolest

Příloha D: Souhlasná stanoviska managementu zdravotnických zařízení s dotazníkovým šetřením

Příloha A: Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia obor všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Provádím výzkumné šetření pro svoji bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče a léčba bolesti“. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a výsledky šetření budou použity pouze v mojí práci. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď (není-li určeno jinak), která je nejbližší Vašemu názoru.

Předem děkuji za Váš čas a zodpovědný přístup při vyplňování dotazníku.

Mariana Vrtišková

V úvodu bych Vás chtěla požádat o vyplnění údajů, které jsou důležité pro vyhodnocení dotazníku.

1. Jaký je Váš věk:

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 a více let

2. Jste:

- a) žena
- b) muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední s maturitou
- b) pomaturitní specializační
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské-bakalářské
- e) vysokoškolské-magisterské

4. Absolvoval/a jste specializační studium pro práci na intenzivní péči?

- a) ano
- b) ne

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více

6. Jak často se setkáváte na JIP, kde pracujete, s pacienty s bolestí?

	Často	Občas	Zřídka	skoro vůbec
s akutní bolestí				
s chronickou bolestí				

7. Dotazujete se denně svých pacientů, mají-li nějakou bolest?

- a) ptám se všech nemocných, které mám během své služby na starost

- b) zeptám se pouze těch, o kterých si myslím, že mají bolest
- c) pro nedostatek času se neptám
- d) přistupuji k tomu pokaždé jinak, záleží na okolnostech daného dne
- e) jiná odpověď, uveďte prosím

8. Kam zaznamenáváte, když má pacient bolest?

- a) do denního dekurzu pacienta
- b) vedeme záznam hodnocení bolesti
- c) obojí (dekurz i záznam hodnocení bolesti)
- d) bolest nikam nezaznamenáváme
- e) nevím
- f) jiná odpověď, uveďte prosím

9. Pokud používáte „Záznam hodnocení bolesti“, jak ho můžete zhodnotit?

- a) vyhovuje, nemám k němu žádné výhrady
- b) vyhovuje, ale mám k němu malé výhrady, jaké
- c) vyhovuje částečně, mám k němu mnoho výhrad, jaké
- d) vůbec nevyhovuje, důvod
- e) záznam nepoužíváme
- f) nevím
- g) jiná odpověď, uveďte prosím

10. Jakým způsobem zpravidla hodnotíte intenzitu bolesti u nemocných?

- a) poznám intenzitu bolesti na základě svých zkušeností

- b) pomocí některé z testovacích škál
- c) nehodnotím
- d) jiná odpověď, uveďte prosím

11. Jakou škálu k hodnocení intenzity bolesti používáte? (můžete označit i více odpovědí)

- a) VAS (vizuální analogová škála)
- b) číselnou hodnotící škálu
- c) výrazovou škálu (obličej)
- d) slovní stupnici bolesti (5-zcela nesnesitelná, 4-strašná, 3-střední, 2-mírná, 1-nepatrná, 0-žádná)
- e) mapu bolesti
- f) kombinaci škál – uveďte, prosím, jakých
- g) jinou – uveďte, prosím, jakou
- h) žádnou

12. Která škála bolesti Vám připadá nejlepší pro správné zhodnocení bolesti nemocných na vašem oddělení- interní oddělení JIP?

- a) VAS (vizuální analogová škála)
- b) číselná hodnotící škála
- c) výrazová škála (obličej)
- d) slovní stupnice bolesti (5-zcela nesnesitelná, 4-strašná, 3-střední, 2-mírná, 1-nepatrná, 0-žádná)
- e) mapa bolesti
- f) kombinace škál - uveďte, prosím, jakých

g) jiná - uveďte, prosím, jaká

h) žádná

13. Máte k dispozici platný standard ošetrovatelské péče týkající se vašeho oddělení, který se zabývá péčí o nemocné s bolestí pro interní JIP?

a) ano

b) ne

c) nevím

14. Když provedete intervenční opatření proti bolesti (v rámci svých kompetencí), v jaké frekvenci vyhodnocujete výsledný efekt?

a) každé 2 hodiny

b) každé 4 hodiny

c) každých 6 hodin

d) nevyhodnocuji vůbec

e) jiná odpověď, uveďte prosím

15. Myslíte si, že se sestry na vašem oddělení aktivně zapojují do hodnocení bolesti?

a) ano

b) ne, prosím, zdůvodněte

c) nevím, nedovedu posoudit

16. Myslíte si, že je na vašem pracovišti hodnocení bolesti věnována dostatečná pozornost?

a) ano – přeskočte otázku č. 17 a dále pokračujte otázkou č. 18

b) ne

c) nedovedu posoudit – přeskočte otázku č. 17 a dále pokračujte otázkou č. 18

d) jiná odpověď, uveďte prosím svůj názor

17. Co je podle Vás příčinou nedostatečného zájmu o hodnocení bolesti na vašem oddělení? (můžete označit i více odpovědí)

- a) nezáměr sester o hodnocení bolesti
- b) nedostatečné kompetence sester v léčbě bolesti
- c) nedostatečná komunikace mezi sestrami a lékaři
- d) nedostatečná komunikace mezi sestrami a pacienty
- e) podceňování bolesti sestrou
- f) podceňování bolesti lékařem
- g) podceňování bolesti pacientem (nepřipouští si bolest)
- h) nedůvěra pacienta k sestře
- i) sestry nemají dostatek informací o možnostech hodnocení a léčby bolesti
- j) jiný důvod, prosím, vypište

18. Máte zájem si více prohloubit znalosti z oblasti hodnocení a léčby bolesti?

- a) ano mám, aktivně si informace vyhledávám
- b) ano mám, ale pro nedostatek času informace nevyhledávám
- c) ne, téma bolesti mě nezajímá
- d) jiná odpověď, uveďte prosím svůj názor

19. Jak často máte možnost se účastnit ve vašem zdravotnickém zařízení školení týkající se péče o pacienty s bolestí?

- a) 4x a více do roka
- b) 2 - 3x do roka

- c) max. 1x do roka
- d) přibližně 1x za 2 roky
- e) méně často
- f) pouze při nástupu nového zaměstnance na pracoviště
- g) tuto možnost nemáme

20. Zúčastnil/a jste se v průběhu posledních 2 let semináře, přednášky nebo kurzu věnujícímu se léčbě bolesti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepamatuji si to

21. Jaké zdroje v získávání nových vědeckých poznatků, týkající se bolesti, preferujete? (můžete označit i více odpovědí)

- a) odborné semináře
- b) odborná literatura
- c) odborné časopisy
- d) odborné články na internetu
- e) nevyhledávám novinky týkající se bolesti
- f) jiný zdroj, uveďte, prosím, jaký

22. Znáte nějaké pracoviště, které se specializuje na léčbu chronické bolesti?

- a) ano - napište, prosím, jaké:
- b) ne

23. Využíváte Vy osobně při své práci nabídku těchto specializovaných pracovišť pro konzultační či jinou odbornou činnost v této oblasti?

a) ano

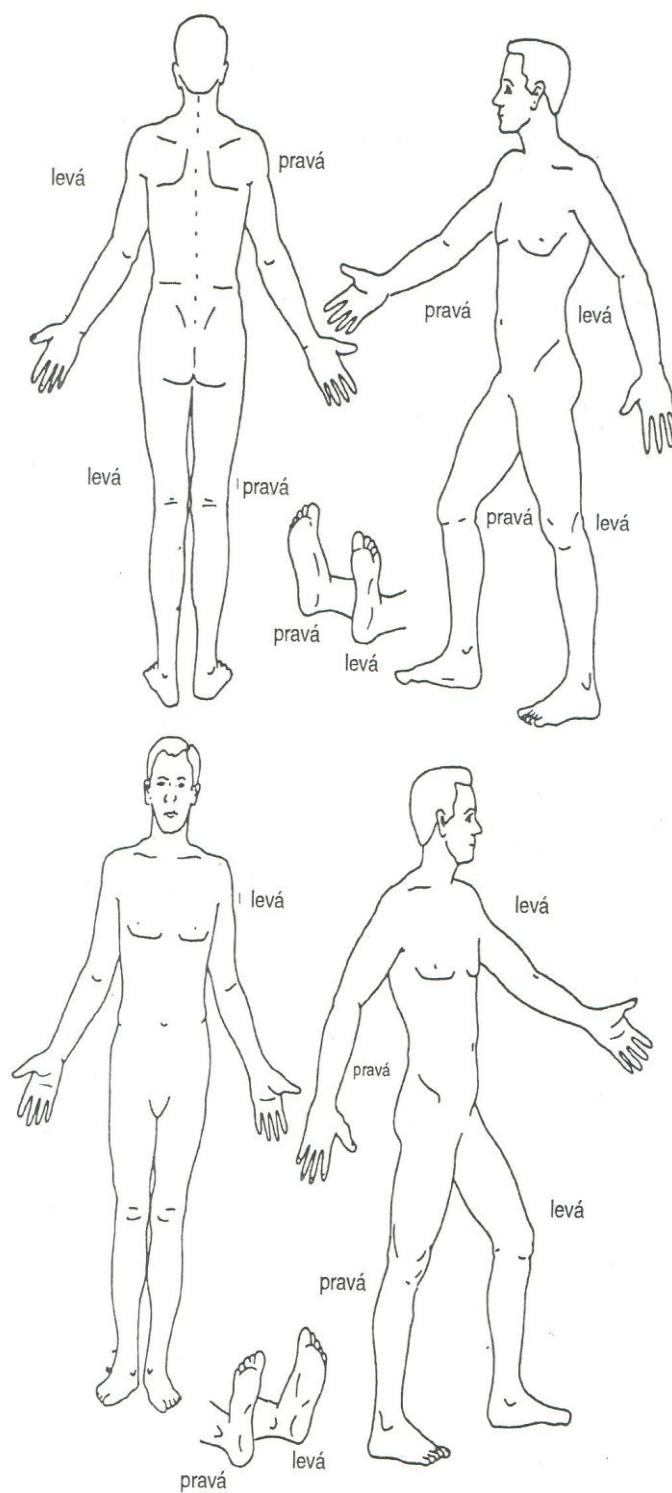
b) ne

c) nevím

24. Máte návrh na změnu hodnocení a sledování bolesti na vašem pracovišti? Prosím, uveďte:

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas a ochotu s vyplněním dotazníku.

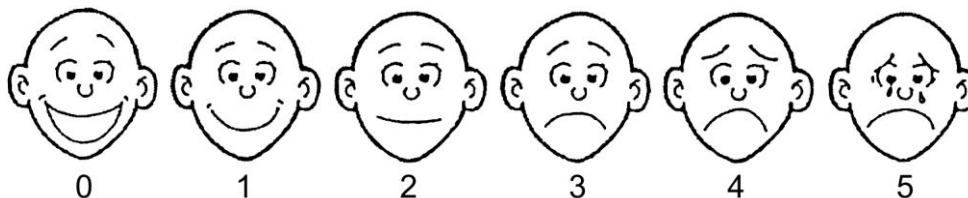
Příloha B: Mapa bolesti



Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest - její diagnostika a psychoterapie*. Brno:IDVZP, 1992. 66 s. ISBN 80-7013-130-6.

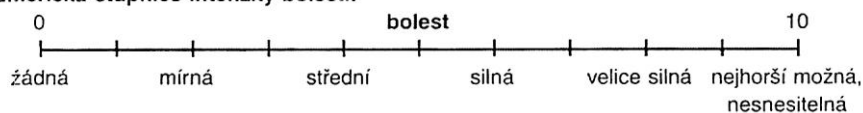
Příloha C: Ukázky škál hodnotící bolest

Obličejová hodnotící škála:

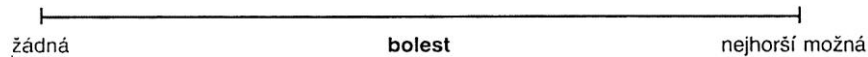


Číselná a vizuální (VAS) hodnotící škála:

Numerická stupnice intenzity bolesti:



Vizuální analogová stupnice (VAS):



VAS = visual analog scale – stupnice buď 0–10 nebo 10–100

Teploměr pro hodnocení bolesti:



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Mikadapress, 2004. 186 s. ISBN 57-851-02.

**Příloha D: Souhlasná stanoviska managementu zdravotnických zařízení
pro dotazníkové šetření**

Vážená paní náměstkyně
Mgr. Lenka Gutová, MBA
Ústřední vojenská nemocnice
U vojenské nemocnice 1200
169 02 Praha 6

V Praze 8. srpna 2011

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní náměstkyně,

žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na interním oddělení JIP.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na 1. LF UK v Praze a součástí mé bakalářské práce je výzkumné šetření na téma ošetrovatelská péče a léčba bolesti. Zároveň příkládám dotazník pro zjištění potřebných údajů pro výzkumnou práci.

Předem Vám děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem,

Mariana Vrtišková
Marie Cibulkové 837/32
140 00 Praha 4



Mgr. Lenka Gutová, MBA
Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese
Ústřední vojenská nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

na základě pověření



Karla Libertová

18-08-2011



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: ...Mariana Vrtišková.....

Kontaktní adresa: ...Marie Cibulkové 837/32, 140 00 Praha 4.....

Telefon: ...732 708 275..... e-mail: ...mariana.vrtiskova@seznam.cz.....

Škola/Fakulta: ...I. LF UK.....

obor studia: ...Všeobecná sestra.....

Téma závěrečné práce: ...Ošetrovatelská péče a léčba bolesti.....

Způsob provedení sběru dat: ...formou dotazníkové metody..... Termín sběru: ...srpen 2011.....

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: ...I. A II. Interní klinika JIP.....

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum ...11. 8. 2011.....

Podpis: *Mariana Vrtišková*

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

☒ ANO ☐ NE

Úhrada

☐ ANO ☒ NE

Datum: ...11-08-2011.....

Mgr. Lenka Hejzlarová

Podpis odpovědného náměstka



Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
II. interní klinika
přednosta MUDr. Zdeněk Beneš, CSc
-2-

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nelékařskou
práci a zdravotnická povolání

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U nemocnice 2, 128 00 Praha 2

Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075

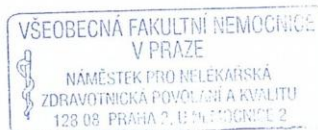
Strana 1 z 1

Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	VRTIŠKOVÁ MARIANA		
Kontaktní adresa	MARIE CIBULKOVÉ 32, PRAHA 4, 140 00		
Telefon	732 708 245	e-mailová adresa	MARIANA.VRTISKOVA@PEZUAM.CZ
Škola / fakulta	1.LF. UK PRAHA		
Obor studia	VŠEOBECNÁ LÉKAŘSTVÍ		
Téma závěrečné práce	OŠETŘOVATELSTVÍ PÉČE A LÉČBA BOLESTI		
Termín sběru dat	1. ZÁŘÍ 2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	INTERVÍ JIP III. INTERVÍ KLIVKA		
Zjišťované informace	HODNOCENÍ A SLEDOVÁNÍ BOLESTI PESTRAMI		
Forma prezentace dat:	PŘEHLED - PODKLAD PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	22.8.2011	Podpis žadatele	Marišková Marian
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vedoucí sestry / primáře / přednosty		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	Podpis <i>dmh</i>		
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka <i>/</i>
Datum	Podpis		<i>S. Svobodová</i>

Mgr. Dita Svobodová





FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 1.8.2011

Vážená paní
Mariana Vrtišková
Marie Cibulkové 837/32
140 00 Praha 4

Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Vrtišková,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče a léčba bolesti“. Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Vážená paní náměstkyně
Mgr. Lenka Kalábová
Městská nemocnice v Litoměřicích
Žitenická 1365/18
421 01 Litoměřice

V Praze 15. srpna 2011

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní náměstkyně,

žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na interním oddělení JIP.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na 1. LF UK v Praze a součástí mé bakalářské práce je výzkumné šetření na téma ošetrovatelská péče a léčba bolesti. Zároveň přikládám dotazník pro zjištění potřebných údajů pro výzkumnou práci.

Předem Vám děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

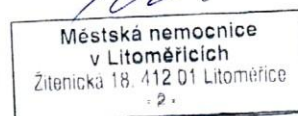
S pozdravem,

Mariana Vrtišková
Marie Cibulkové 837/32
140 00 Praha 4

Souhlasím při dodržení předem dohodnutých podmínek:

V Litoměřicích 28.7.2011

Mgr. KALÁBOVÁ Lenka
náměstek pro ošetr. péči a kvalitu



Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]